



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária
Relatório de Estágio**

**Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde:
Intervenção em Profissionais de um Centro Hospitalar**

Andreia Eliana Farroba Rocha

**Lisboa
2020**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária
Relatório de Estágio**

**Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde:
Intervenção em Profissionais de um Centro Hospitalar**

Andreia Eliana Farroba Rocha



Orientador: Professora Doutora Maria de Fátima Rodrigues



**Lisboa
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*“Vivre dans la gratitude,
C’est être reconnaissant et conscient
des infinies possibilités
de la vie”*

by lechatoumoi.com

Dedicado às três mulheres da minha vida,
a avó (*in memoriam*), a mãe e a filha.
Trago dentro de mim um pouco de cada uma delas!

AGRADECIMENTOS

À Senhora Professora Doutora Maria de Fátima Rodrigues agradeço toda a sua disponibilidade, orientação e compreensão, num percurso que foi tudo menos fácil. A vida não se suspende enquanto se frequenta a especialidade e às vezes têm que se tomar decisões difíceis. Ao me deparar com esta situação foi o meu apoio e nunca me deixou desistir. Procurámos e encontrámos juntas a melhor solução.

À Senhora Enfermeira Orientadora Clínica Regina Rocha pela partilha tão generosa de conhecimentos. Através da aprendizagem que me proporcionou, demonstrou toda a sua perícia na área, mas também a excelente enfermeira que é. Numa área tão complexa como é o stress ocupacional, o seu apoio foi decisivo para a concretização das atividades a que nos propusemos. A relação estabelecida foi acima de tudo gratificante e será valorizada para sempre.

A todos os elementos da equipa do Serviço de Saúde Ocupacional, representados pela Senhora Professora Doutora Ema Leite, que me receberam de forma calorosa. Não havendo espaço para nomear todos, realço a Senhora Enfermeira Chefe Graça Temudo, as colegas, Ana e Isabel, o Tiago, da equipa de saúde e segurança no trabalho e os administrativos Marina e Hélder.

Ao Psicólogo, Doutor Filipe, que mesmo perante uma agenda preenchidíssima, conseguiu disponibilizar tempo para colaborar no meu projeto. Devíamos continuar.

Aos colegas das equipas de enfermagem, assistentes operacionais, administrativos e médicos, assim como as respetivas chefias, que participaram de maneira tão entusiasta no projeto, mesmo com a pouca disponibilidade que têm no seu local de trabalho.

Aos meus colegas do 9º mestrado de Enfermagem Comunitária que nunca me esqueceram e ajudaram-me quando tive que fazer uma interrupção. Seremos para sempre os 9 magníficos do 9º curso. Mas claro, também tenho que agradecer aos colegas do 10º mestrado, que sem me conhecerem, nem termos partilhado aulas, foram muito simpáticos.

À minha família. Aos meus pais, à minha avó (*in memorian*), ao meu marido e à minha filha. Sem este suporte seria impossível chegar tão longe. Todos contribuíram para esta viagem, mas o meu marido assume um papel de destaque pelos sacrifícios que realizou.

Estou eternamente grata a todos.

RESUMO

Os fatores de risco psicossociais relacionam-se com o stress ocupacional, reconhecido como causa de doenças e comportamentos não saudáveis. As intervenções sustentadas na metodologia do Planeamento em Saúde realizadas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, através da implementação de projetos para a gestão do stress ocupacional e promoção da saúde dão resposta às necessidades dos profissionais.

O projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido no âmbito do Programa Nacional de Saúde Ocupacional, num Serviço de Saúde Ocupacional de um Centro Hospitalar. Teve como objetivo contribuir para o bem-estar dos profissionais de saúde, através de estratégias de gestão do stress ocupacional.

Na revisão bibliográfica fez-se revisão scoping. O projeto seguiu a metodologia do Planeamento em Saúde e foi estruturado numa abordagem sistémica de acordo com o modelo de sistema de Neuman.

Para diagnóstico de situação usaram-se os instrumentos: Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS), Índice de bem-estar da OMS, Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS) e *Brief COPE*. A amostra foi de 87 profissionais que prestam cuidados à pessoa com doença hemato-oncológica. O tratamento estatístico foi feito por SPSS.

Percecionaram o stress como moderado a elevado 95,4% dos profissionais. Apresentaram níveis reduzidos de bem-estar 52,9%. Os principais stressores foram: “Lidar com clientes” (96,5%), “Excesso de trabalho” (94,3%) e “Carreira e remuneração” (91,9%). Os comportamentos de saúde mais prevalentes: sedentarismo (44,8% - 47,1%) e alterações no padrão de sono (57,4%). Os diagnósticos de enfermagem foram priorizados por grelha de análise, sendo as intervenções em: Status psicológico comprometido e Sobrecarga por stress devido a lidar com clientes atual. A educação para a saúde, através de intervenções breves baseadas no mindfulness, a formação para a capacitação dos profissionais em lidar com o sofrimento dos doentes e o marketing social, foram as principais estratégias selecionadas.

A adesão ao projeto e respetiva satisfação ultrapassaram as metas determinadas e a maioria dos profissionais que participaram nas sessões referiram diminuição do nível de stress e aumento do bem-estar.

Palavras-chave: Profissionais de saúde; Stress; Enfermagem; Saúde Ocupacional

ABSTRACT

Psychosocial risk factors are related to occupational stress, recognized as a cause of illness and unhealthy behaviour. Interventions based on the Health Planning methodology carried out by the Nurse Specialist in Community Nursing, through the implementation of projects for the occupational stress management and health promotion, responds to the needs of professionals.

The community intervention project was developed under the National Occupational Health Program, in an Occupational Health Service of a Central Hospital. It aimed to contribute to the well-being of health professionals, through occupational stress management strategies.

In the bibliographic review, a scoping review was carried out. The project followed the Health Planning methodology and was structured in a systemic approach according to the Neuman system Model.

To diagnose the situation, the following instruments were used: Health Attitudes and Behaviours, WHO Well-Being Index, Stress in Health Professionals and Brief COPE. The sample consisted of 87 professionals who provide care to people with haemato-oncological disease. The statistical treatment was done by SPSS.

95.4% of professionals perceived stress as moderate to high. 52.9% presented reduced levels of well-being. The main stressors were: "Dealing with customers" (96.5%), "Overwork" (94.3%) and "Career and remuneration" (91.9%). The most prevalent health behaviours: sedentary lifestyle (44,8% - 47,1%) and sleep patterns changes (57.4%). Nursing diagnoses were prioritized by an analysis grid, with interventions in: Compromised psychological status and Actual stress overload due to dealing with clients. Health education, through brief interventions based on mindfulness, training of professionals in dealing with the suffering of patients and social marketing, were the main strategies selected.

Adherence to the project and its satisfaction exceeded the determined goals and most professionals who participated in the sessions reported a decrease in the level of stress and an increase in well-being.

Keywords: Health professionals; Stress; Nursing; Occupational Health

LISTA DE ABREVIATURAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

APA - *American Psychological Association*

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

COPE - *Coping Orientation to Problem Experience*

DGS - Direção-Geral da Saúde

DP - Desvio padrão

DSS - Diagnóstico da Situação de Saúde

EEEC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

EpS - Educação para a saúde

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSO - Programa Nacional de Saúde Ocupacional

PS - Profissionais de saúde

QACS - Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde

QSPS - Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde

SO - Saúde Ocupacional

SSO - Serviço de Saúde Ocupacional

SPSS - *Statistical Packages for the Social Sciences*

USF - Unidade de Saúde Familiar

UTMO - Unidade de Transplantação de Medula Óssea

WHO - *World Health Organization*

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 11 |
| 1 – PROMOÇÃO DA SAÚDE NO LOCAL DE TRABALHO | 13 |
| 1.1 - O trabalho enquanto determinante da saúde..... | 13 |
| 1.2 - O local de trabalho enquanto <i>setting</i> para a promoção da saúde..... | 14 |
| 1.3 - Interação trabalho-saúde | 15 |
| 1.4 - Stress ocupacional..... | 16 |
| 1.5 - Referencial teórico de Enfermagem: Modelo de Sistemas de Neuman | 18 |
| 1.6 - Intervenção no stress ocupacional: uma revisão scoping..... | 21 |
| 2 – METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE | 23 |
| 2.1 - Contextualização do local, população alvo e amostra | 23 |
| 2.2 - Procedimentos éticos | 24 |
| 2.3 - Diagnóstico da situação de saúde | 25 |
| 2.3.1 – Recolha de Informação | 25 |
| 2.3.2 – Análise dos dados e principais resultados | 26 |
| 2.3.3 – Diagnósticos de Enfermagem | 28 |
| 2.4 - Definição de prioridades | 30 |
| 2.5 - Fixação de objetivos | 33 |
| 2.6 - Seleção de estratégias | 35 |
| 2.7 - Planeamento operacional – Programação | 37 |
| 2.8 - Avaliação..... | 39 |
| 3 – CONCLUSÃO | 43 |
| REFERÊNCIAS | 50 |

ANEXOS

ANEXO I - Modelo Conceptual de Hanasaari

ANEXO II - Modelo de Sistemas de Neuman

ANEXO III - Autorizações do autor do Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde e Inventário *Brief COPE*

ANEXO IV - Autorização do autor do Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde

ANEXO V - Procedimentos éticos no Centro Hospitalar

ANEXO VI - Certificado de frequência no curso de Professor de Meditação & Mindfulness

APÊNDICES

APÊNDICE I - Estratégia de pesquisa da revisão *scoping* e PRISMA *flow diagram*

APÊNDICE II - Análise dos artigos da revisão *scoping*

APÊNDICE III - Consentimento Informado

APÊNDICE IV - Instrumentos para a recolha de informações

APÊNDICE V - Questionário para o Diagnóstico de Situação de Saúde

APÊNDICE VI - Indicadores de saúde

APÊNDICE VII - Caracterização sociodemográfica da amostra: core do sistema

APÊNDICE VIII - Análise do funcionamento do sistema

APÊNDICE IX - Diagnósticos de Enfermagem

APÊNDICE X - Priorização pela técnica da Grelha de Análise

APÊNDICE XI - Ambiente criado pelo sistema cliente agregado: stressores identificados pelos profissionais de saúde no local de trabalho e estratégias de prevenção

APÊNDICE XII - Protocolo do projeto “Liberte-se do stress e mantenha a sua saúde”

APÊNDICE XIII - Avaliação das intervenções

APÊNDICE XIV - Adaptação do Modelo de Sistemas de Neuman

APÊNDICE XV - Cronograma do estágio

APÊNDICE XVI - Projeto de estágio de observação numa USF da periferia de Lisboa

APÊNDICE XVII - Avaliação dos objetivos definidos para o estágio de observação

APÊNDICE XVIII - Guia de acolhimento ao utente da USF

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Distribuição dos profissionais pelas categorias | 26 |
| Tabela 2 – Distribuição dos profissionais pelo horário de trabalho e carga horária acumulada por semana | 27 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 – Distribuição dos profissionais pelo nível de bem-estar percebido | 27 |
| Gráfico 2 – Percentagem dos profissionais pelo nível global de stress ocupacional percebido | 28 |
| Gráfico 3 – Distribuição dos profissionais pelo nível de bem-estar percebido no final da intervenção | 41 |
| Gráfico 4 - Perceção do nível global de stress ocupacional, dos profissionais, em percentagem, no DSS e após as sessões de EpS | 42 |
| Gráfico 5 - Perceção do nível de stress ocupacional, relacionado com o lidar com os clientes, dos profissionais, em percentagem, no DSS e após as formações | 42 |

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 – Triagem de problemas por categorias | 31 |
| Quadro 2 – Grelha de análise para definição de prioridades | 32 |
| Quadro 3 – Síntese dos resultados obtidos em cada objetivo operacional | 40 |

INTRODUÇÃO

A promoção de ambientes de trabalho saudáveis faz parte da abordagem intersectorial e das políticas saudáveis determinadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e seguidas pela Direção-Geral da Saúde (DGS) para agir sobre os determinantes da saúde. O local de trabalho revelou-se um *setting* importante e privilegiado para a promoção da saúde e o enfermeiro que presta cuidados de Saúde Ocupacional (SO), enquanto enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, desenvolve uma prática avançada, possibilitando dar resposta às necessidades dos trabalhadores e obter verdadeiros ganhos em saúde (OMS, 2011) (World Health Organization, 2017) (Rogers, 2011) (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

A interação trabalho-saúde pode resultar em dano devido à presença de riscos ocupacionais. A sua identificação e prevenção são decisivos para a proteção da saúde dos trabalhadores. Os riscos psicossociais têm sido relacionados ao stress ocupacional, reconhecido como causa de comportamentos não saudáveis e de doenças crónicas não transmissíveis. O stress ocupacional é uma condição que deve ser abordada aos três níveis de prevenção, assim como ao nível organizacional e junto dos trabalhadores (Leka, Griffiths & Cox, 2003) (Anbazzhagan & Rajan, 2013).

O presente relatório de estágio expõe o projeto desenvolvido entre setembro de 2019 e fevereiro de 2020, a partir do Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) de um Centro Hospitalar. Com a finalidade de promover o bem-estar dos profissionais de saúde, enquadrou-se no Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSO) e no plano de ação do serviço respetivo. Como metodologia recorreu-se ao Planeamento em Saúde e como referencial teórico de Enfermagem o Modelo de Sistemas de Neuman. Teve como população alvo um grupo de profissionais de saúde de serviços que cuidam de pessoas com doença hemato-oncológica, em regime de internamento e ambulatório.

À luz do Modelo de Sistemas de Neuman (2011), a intervenção deve ser preventiva, de modo a reduzir a influência dos stressores, ou a manter e reconstituir o equilíbrio do sistema. O grupo de trabalhadores enquanto sistema é considerado um agregado, por partilhar características e experiências comuns (Jeremias & Rodrigues, 2011) (Neuman & Fawcett, 2011). Através desta abordagem procura-se alcançar o bem-estar do mesmo.

Definiram-se os seguintes objetivos para o estágio:

- Planear um projeto de intervenção comunitária num grupo de profissionais de saúde que caracterize os fatores de stress ocupacional e os comportamentos de saúde, tendo por referencial teórico o Modelo de Sistemas de Neuman;
- Caracterizar o sistema cliente agregado quanto às diferentes variáveis: core e linhas de resistência e defesa;
- Identificar os stressores que afetam o sistema;
- Formular Diagnósticos de Enfermagem a partir do diagnóstico da situação de saúde (DSS);
- Priorizar os Diagnósticos de Enfermagem formulados;
- Definir os objetivos para a intervenção comunitária estabelecida;
- Selecionar estratégias para atingir os objetivos propostos;
- Desenvolver e implementar as atividades programadas;
- Avaliar a intervenção realizada com o sistema;
- Delinear estratégias para o desenvolvimento das competências comuns e específicas inerentes à especialização em Enfermagem Comunitária;
- Desenvolver competências inerentes ao segundo ciclo, grau de mestre, de acordo com os descritores de Dublin.

Realizou-se uma revisão da literatura, através de revisão scoping, seguindo o protocolo do The Joanna Briggs Institute (Peters, Godfrey, McInerney, Baldini Soares, Khalil & Parker, 2017), para aprofundar conhecimentos acerca da temática selecionada e mapear as intervenções para a gestão de stress ocupacional.

O relatório apresenta-se organizado em três capítulos e optou-se por seguir ainda a sexta edição da norma da *American Psychological Association* (APA). No primeiro desenvolve-se o enquadramento teórico. No segundo apresenta-se a contextualização do local de estágio, a definição da população alvo e da amostra escolhida, os procedimentos éticos necessários para assegurar a concretização da intervenção e as etapas do planeamento em saúde. Por fim, apresenta-se uma discussão sobre o projeto de intervenção comunitária desenvolvido e uma reflexão sobre as competências adquiridas durante o estágio.

1 – PROMOÇÃO DA SAÚDE NO LOCAL DE TRABALHO

1.1 - O trabalho enquanto determinante da saúde

Desde Ottawa, em 1986, até Shangai, em 2016, a OMS tem estabelecido os conceitos, princípios e áreas de atuação da promoção da saúde e o seu papel na abordagem aos determinantes da saúde. Apenas atuando nestes, promovendo o *empowerment* e assegurando que os sistemas de saúde são centrados nas pessoas, promove-se a saúde e aumenta-se o bem-estar dos cidadãos (WHO, 2017).

Como os determinantes da saúde influenciam a saúde individual, familiar e comunitária, é necessário identifica-los e agir sobre os mesmos. Fatores individuais, estilos de vida, redes sociais e comunitárias, condições de vida e trabalho e, por fim, condições económicas, culturais e ambientais, determinam o estado de saúde das populações (Buss & Pellegrini-Filho, 2007) (Souza, Silva & Silva, 2013). Tendo isto em consideração, a OMS (2011) determinou que se devem desenvolver políticas de saúde pública efetivas, de forma a reduzir as iniquidades.

Segundo a DGS (2015), as políticas de saúde pública devem ser desenvolvidas através de políticas saudáveis. Este conceito dá ênfase à abordagem intersectorial, visando a criação de melhores condições ambientais, socioeconómicas e culturais. As intervenções devem basear-se em abordagens por ciclo de vida e por *settings*, sendo o local de trabalho um contexto privilegiado para a promoção da saúde.

As condições de trabalho são fatores importantes, com influência sobre a saúde e equidade. Se por um lado trabalhar pode ser satisfatório, conferindo segurança financeira e estatuto social, por outro, pode ser perigoso do ponto de vista físico ou psicossocial. De forma a melhorar as condições de trabalho, com o desenvolvimento de um emprego justo, seguro e digno, a OMS afirma que se deve fortalecer a segurança e a proteção da SO. Os programas de SO têm evoluído para que se realcem as interações trabalho-saúde, com implicações na forma como o trabalho deve ser realizado, como os riscos devem ser controlados e como as estratégias de promoção de saúde no local de trabalho devem ser desenvolvidas (OMS, 2010a) (OMS, 2010b) (OMS, 2011) (Rogers, 2011).

No contexto referido, a identificação, avaliação e controlo dos riscos presentes ou emergentes e a vigilância e promoção da saúde dos trabalhadores, são estratégias da SO que visam promover ambientes de trabalho saudáveis.

1.2 - O local de trabalho enquanto *setting* para a promoção da saúde

A intervenção da SO deve ser reforçada para que se garanta o direito a ambientes de trabalho saudáveis e seguros. Assim e com o intuito de contribuir para o preconizado pelo eixo estratégico das políticas saudáveis do Plano Nacional de Saúde (PNS) (DGS, 2015), o PNSO (DGS, 2018) permite desenvolver o potencial de saúde dos trabalhadores.

Os SSO são um elemento importante da Saúde Pública e implicam um esforço conjunto de diversas áreas do conhecimento. O enfermeiro que presta cuidados de saúde nos SSO deve basear-se na saúde pública para a sua prática, com recurso ao modelo de promoção e proteção da saúde e prevenção de doenças. Implica uma vasta área de ação, que engloba as condições de trabalho, os riscos ocupacionais e a proteção do trabalhador. Ao estar numa posição privilegiada intervém a todos os níveis de prevenção (OMS, 2014) (Rogers, 2011).

De acordo com Federation of Occupational Health Nurses within the European Union (2014), a função do enfermeiro na SO pode ser representada por uma perspetiva macro através do Modelo Conceptual de Hanasaari (Anexo I). O modelo combina conceitos fundamentais: o ambiente global, o homem, trabalho e saúde e a enfermagem ocupacional. O primeiro conceito, representado pelo círculo exterior, engloba os fatores que influenciam a saúde (económicos, políticos, sociais, ecológicos e organizacionais). O segundo conceito, representado pelos vértices do triângulo, apresenta o homem, o trabalho e a saúde. O último conceito, a interação da enfermagem ocupacional, encontra-se no centro do modelo, onde estão ilustradas setas curvas que representam a proatividade e flexibilidade necessárias para exercer influência, desde o local de trabalho até ao ambiente global. As funções desta englobam a promoção, a pesquisa/valores, o trabalho em equipa, a prevenção e os cuidados, que agem sobre o homem, o trabalho e a saúde. Com este modelo consegue-se realçar a importância do enfermeiro inserido na SO.

Ao enquadrar o papel desempenhado pelo enfermeiro neste *setting* no perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária (EEEC), é possível evidenciar a importância duma prática avançada, globalizante, que busca o conhecimento profundo das respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde, assim como a elevada capacidade em dar respostas adequadas às necessidades dos trabalhadores, com efetivos ganhos em saúde (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

1.3 - Interação trabalho-saúde

A interação trabalho-saúde pode ser avaliada através dos custos dos acidentes e doenças relacionadas com o trabalho. A nível europeu, este custo ascende os 476 mil milhões de euros por ano e os efeitos negativos para a saúde estão relacionados com lesões, cancro, doenças musculoesqueléticas, circulatórias, mentais e transmissíveis e significam uma perda de 3,3% do número de anos de vida (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2017).

Aplicando o modelo epidemiológico à interação trabalho-saúde e com base na tríade epidemiológica do fenómeno em causa, é de considerar a influência de cada um dos elementos. Sendo o hospedeiro descrito como o trabalhador, os agentes são os riscos ocupacionais e o ambiente inclui as condições do local de trabalho (Rogers, 2011). Através desta análise percebe-se como o trabalho pode ser um agente agressor. A manutenção da vida é conseguida através do estabelecimento de um equilíbrio entre os fatores biológicos e psicológicos da pessoa, os fatores sociais e do ambiente. Se este equilíbrio é mantido, o estado de saúde e bem-estar também são mantidos. Se ocorrer um desequilíbrio, pode ocorrer dano para a saúde. No local de trabalho têm sido identificados diversos fatores que podem provocar desequilíbrio e, consequentemente, dano para a saúde do trabalhador (Mauro, Guimarães & Mauro, 2004).

Os mesmos autores referem que um fator de risco capaz de provocar um dano é qualquer condição que aumenta a probabilidade de ocorrência de algo indesejado, mesmo sem causalidade direta. A identificação dos fatores de risco no local de trabalho, ou riscos ocupacionais, assim como da população exposta, são determinantes para a proteção da saúde dos trabalhadores. Os riscos ocupacionais são classificados como biológicos, químicos, ergonómicos, físicos e psicossociais (DGS, 2016) (Rogers, 2011).

No que diz respeito ao foco do presente trabalho, os riscos psicossociais podem estar direta ou indiretamente associados a acidentes e doenças. Numa revisão bibliográfica, Hassard et al. (2014) indicam que os principais custos relacionados com os riscos psicossociais estão relacionados com o absentismo, o presentismo, a baixa produtividade e a elevada rotatividade dos profissionais.

Os principais riscos psicossociais identificados são as atividades efetuadas, a carga e o horário de trabalho, o controlo do mesmo, o ambiente físico e equipamento, a cultura organizacional, as relações interpessoais, o papel desempenhado na

organização e o conflito entre as exigências profissionais e a família (Burton, 2010) (Leka, Cox & Zwetsloot, 2008) (Pinho, 2015).

Exemplo de danos na saúde são os efeitos negativos na saúde física e mental do trabalho por turnos. Estudos encontraram relação com o aumento do risco de cancro da mama, irregularidade nos ciclos menstruais e abortos espontâneos, insónias, hipertensão, doenças cardíacas, elevados níveis de ansiedade, burnout, depressão, conflitos familiares e isolamento social (Burton, 2010) (Leka, Cox & Zwetsloot, 2008).

Para Leka, Griffiths & Cox (2003), os riscos psicossociais estão relacionados com o stress ocupacional, reconhecido como causa de doenças crónicas não transmissíveis. Os autores acrescentam que num local de trabalho stressante os profissionais adotam comportamentos não saudáveis, enquanto mecanismo de *coping*, como o consumo de álcool ou tabaco. Torna-se assim evidente que o trabalho pode aumentar os fatores de risco para as doenças crónicas.

1.4 - Stress ocupacional

O conceito de stress evoluiu de uma perspetiva fisiológica e unidimensional, para uma multidimensional com destaque da dimensão psicossocial. Lazarus (1993) refere que, seja qual for a definição de stress, devem estar sempre presentes quatro conceitos subjacentes: o agente causal, externo ou interno, diversas vezes designado por stressor; a avaliação, realizada por um processo fisiológico ou mental, que distingue o que é ou não ameaçador; o mecanismo de coping utilizado para lidar com a situação causadora de stress; e o efeito causado na mente ou corpo, designado por reação ao stress. Em concordância com esta afirmação, Leka & Jain (2010) referem que o stress resulta de um conjunto complexo de fenómenos dinâmicos e é consequência do desequilíbrio entre as necessidades e exigências do indivíduo e ambiente.

Quanto ao conceito de mecanismos de coping, Lazarus (1993) refere que se tratam de processos de alteração das circunstâncias ou da forma como estas são interpretadas para as tornar mais favoráveis, o que afeta consequentemente a reação ao stress. Os mecanismos de coping podem ser focados no problema ou nas emoções. No entanto, Carver et al. (1989) citados por Ribeiro & Rodrigues (2004), afirmam que a abordagem ao tema é mais complexa que esta tipologia, com a

presença de mais fatores. Os autores referidos diversificaram os fatores como o planejamento, a supressão da atenção, a restrição, o desinvestimento comportamental ou mental, e incluem o uso de álcool ou drogas, por exemplo. Com isto, é possível determinar se o mecanismo de coping trará resultados positivos ou negativos para a saúde física e mental, a longo prazo.

No que diz respeito ao stress ocupacional, transpondo os conceitos anteriores, este pode ser definido como a resposta apresentada perante o desequilíbrio entre as exigências e pressões presentes no local de trabalho e as competências e os mecanismos de coping utilizados pelo trabalhador (Cox, Griffiths & Rial-Gonzalez, 2000) (Leka et al., 2003). Se a resposta apresentada estiver associada a afetividade negativa, interfere com o bem-estar porque há uma percepção dos stressores como excedentes aos recursos disponíveis para os controlar ou superar (Almeida et al., 2016).

Os fatores causadores de stress ocupacional podem ser classificados desde o microssistema até ao macrossistema. No microssistema, estão presentes fatores relacionados com as funções inerentes ao trabalho. No denominado mesossistema, estão os outros setores da organização, enquanto que no exossistema estão os fatores externos ao trabalho, mas que também influenciam os trabalhadores. No macrossistema, encontram-se as condições sociais, políticas e económicas. Os primeiros têm sido os mais estudados e estão relacionados com as características e o ambiente de trabalho e os grupos ocupacionais (Anbazzhagan & Rajan, 2013).

Na presença destes stressores, a resposta dos trabalhadores pode ser positiva ou negativa, dependendo das expectativas, do locus de controlo, das forças internas e dos recursos do sistema. Uma maior e melhor relação entre os recursos pessoais e as exigências do trabalho, determinará uma maior produtividade e comprometimento com a organização. O restabelecimento do equilíbrio perante os stressores determina a continuação do bem-estar dos trabalhadores (Anbazzhagan & Rajan, 2013) (Almeida et al., 2016) (Franklin, 2003).

Os mecanismos de coping identificados no local de trabalho de acordo com a tipologia acima referida, podem estar focados no problema, que requer mudanças na organização e ambiente laboral, ou focados nas emoções, que determinam uma adaptação do trabalhador, sem que haja essas mudanças. Os mecanismos de coping focados no problema são a clarificação dos papéis, a gestão do tempo, a delegação de tarefas, a procura de mais informação e a colaboração entre os elementos. Por outro lado, os mecanismos de coping focados nas emoções são o suporte social, o

aumento da resiliência, as técnicas de relaxamento, o autocuidado e a diminuição do perfeccionismo (Anbazhagan & Rajan, 2013).

O setor da saúde é um local habitualmente stressante, devido a inúmeros fatores. Num estudo realizado por Gomes (2014) foram identificados como fatores de stress o lidar com os clientes, o excesso de trabalho, a carreira e a remuneração. Sacadura-Leite & Sousa-Uva (2012) acrescentam o contacto com doentes terminais e as exigências emocionais dos doentes e família como fatores indutores de stress. Para além destes aditam a avaliação subjetiva da carga de trabalho elevada, os conflitos interpessoais e a falta de suporte social.

Perante esta problemática de Saúde Pública, Quick & Henderson (2016) referem que o stress ocupacional é uma condição crónica que requer entendimento da epidemiologia do problema e descreve três fases: a primeira, que inclui a causa, ou seja, os fatores de risco; a segunda, que está relacionada com a resposta ao stress; e finalmente a terceira, que inclui as consequências do stress. Como a proteção e a prevenção estão na génese da resposta da Saúde Pública ao stress ocupacional, o mesmo deve ser abordado aos três níveis de prevenção, como também ao nível organizacional e junto do grupo de trabalhadores.

1.5 - Referencial teórico de Enfermagem: Modelo de Sistemas de Neuman

O Modelo de Sistemas de Neuman (Anexo II) foca-se no conceito de sistemas vivos abertos e na perspetiva de saúde e bem-estar, interpretados como o grau de estabilidade do sistema. O sistema cliente, seja indivíduo, família ou comunidade, está em constante interação com os stressores do ambiente e procura estar em equilíbrio. A saúde é o reflexo de um continuum na medida em que, quando as necessidades do sistema são satisfeitas, alcança-se um estado ótimo de bem-estar. Se pelo contrário, estas não o são, o bem-estar está reduzido ao estado de doença (Neuman & Fawcett, 2011).

Os stressores que afetam o sistema cliente podem ser de origem intra, inter ou extra sistema e têm a capacidade de penetrar as linhas de defesa e resistência que envolvem o core. As linhas de defesa são duas, as normais, que representam o estado de bem-estar que o sistema cliente mantém ao longo do tempo e as flexíveis, que funcionam como amortecedores de proteção que impedem que os stressores rompam

a linha de defesa. Por fim, as linhas de resistência são fatores internos que ajudam o sistema cliente a defender-se dos agentes de tensão (Neuman & Fawcett, 2011).

Este modelo avalia os efeitos causados pelos stressores no sistema e permite identificar, das variáveis fisiológica, sociocultural, psicológica, de desenvolvimento e espiritual, as que possam estar afetadas. Enquanto referencial teórico para a prática de enfermagem, permite colaborar com o sistema no processo acima referido, na identificação das características do ambiente criado, do seu impacto nos comportamentos de saúde e, por fim, no estabelecimento de metas mútuas, atingíveis e significativas para a mudança (Neuman & Fawcett, 2011) (Jukes & Spencer, 2016) (Ume-Nwagbo, DeWan & Lowry, 2006).

Relativamente ao contexto do estágio, importa descrever os conceitos do Modelo de Sistemas de Neuman tendo em conta o sistema cliente enquanto um agregado. Como referem Jeremias & Rodrigues (2011), este pode ser agregado ou geopolítico, portanto, reportando-se a um grupo de trabalhadores, referimo-nos ao primeiro.

Para Neuman & Fawcett (2011), um grupo de trabalhadores enquanto sistema cliente agregado partilha características e experiências semelhantes. Na sua apreciação, as linhas de defesa representam o nível de saúde do sistema, as linhas de resistência, os mecanismos internos representativos das forças que agem em defesa do ataque dos stressores e estes são os produtores da tensão, com o potencial de causar desequilíbrio e que podem ter origem fora ou dentro do mesmo. Mais concretamente, no que diz respeito às linhas de defesa, temos que a linha normal de defesa é o nível de bem-estar habitual do sistema, presente nas atividades quotidianas, e que é determinado, conseqüentemente, pelo nível de bem-estar de cada profissional. Para além desta, há a linha flexível de defesa, que corresponde às habilidades do sistema em responder a stressores que ameaçam o seu equilíbrio.

Na avaliação das variáveis do sistema referidos por Neuman & Fawcett (2011), importa o estado físico e idade de cada membro para a variável fisiológica, o estado psicológico e como este é influenciado pelo ambiente de trabalho para a psicológica, as diferenças do tempo de permanência no grupo e seu impacto nas relações e habilidades para a de desenvolvimento, as relações interpessoais e efeitos da cultura de cada membro para a sociocultural e por fim, as diferenças entre crenças e práticas espirituais para a espiritual.

O equilíbrio do sistema é influenciado, como referem as mesmas autoras, por stressores do intra sistema, ou seja, os relacionados com a interação que se gera

entre os membros, stressores do inter sistema, que se gera nos limites do agregado, com sistemas que se relacionam em proximidade e por stressores do extra sistema, que estão relacionados com pressões do ambiente mais global, como por exemplo, as políticas de saúde.

A avaliação do impacto e significado dos stressores no sistema, assim como a forma habitual de resolução de problemas, são determinantes para a intervenção de enfermagem. Importa identificar o papel das relações, os estilos de comunicação e os padrões de interação, focando-se por exemplo nos mecanismos de coping e na distribuição de poder no sistema. Tudo isto está presente e é parte integrante do ambiente, denominado por Neuman & Fawcett (2011), de interno, externo e criado.

Destes conceitos importa perceber que, enquanto o ambiente interno existe no interior do sistema e é constituído pelas forças que interagem unicamente dentro dos limites do sistema, o ambiente externo existe fora dos seus limites, sendo constituído igualmente por forças que interagem exteriormente, sejam elas compostas por stressores inter ou extra sistema. Por fim, o ambiente criado é desenvolvido inconscientemente pelo sistema, é simbólico do seu bem-estar e é interpretado como uma construção do real, constituindo um escudo protetor que está de acordo com o conceito de coping de Lazarus (1993).

De uma forma mais aprofundada, Verberk & Fawcett (2017) apresentam o ambiente criado como uma construção composta por cada uma das cinco variáveis do sistema. A variável fisiológica envolve o significado que o sistema apresenta para a forma e o funcionamento do seu organismo. Transpondo para o local de trabalho, a dimensão fisiológica poderá envolver o significado dado ao seu funcionamento.

Na posse das informações acima referidas, o Modelo de Sistemas de Neuman permite ao enfermeiro ajudar o sistema a desenvolver mecanismos de coping eficazes e positivos. A intervenção deve ser preventiva e direcionada aos três níveis de prevenção, de modo a reduzir a influência dos stressores, a manter ou a reconstituir o equilíbrio e, conseqüentemente, o seu bem-estar. A prevenção como intervenção inclui ações de promoção da saúde, que se revela uma ferramenta essencial para reforçar as linhas de defesa do sistema (Neuman & Fawcett, 2011) (Jukes & Spencer, 2016) (Ume-Nwagbo, DeWan & Lowry, 2006) (Verberk & Fawcett, 2017).

No caso específico da SO, na prevenção primária promove-se a educação para a saúde sobre a proteção contra os stressores identificados no local de trabalho; na prevenção secundária importa triar precocemente os sintomas de doenças relacionadas com o trabalho e facilitar a reconstituição do sistema; na prevenção

terciária apoiam-se os profissionais no restabelecimento do bem-estar após uma doença ou acidente relacionado com o trabalho (Neuman & Fawcett, 2011).

Segundo Jeremias & Rodrigues (2011), o objetivo final do enfermeiro que intervém com um projeto que procure a mudança, será contribuir para a redução da tensão que ameaça o equilíbrio do sistema. Para isso terá que basear a sua prática nas diferentes variáveis que o caracterizam.

1.6 - Intervenção no stress ocupacional: uma revisão scoping

De forma a identificar as estratégias de intervenção para reduzir o stress ocupacional em profissionais de saúde, que têm sido implementadas pela SO, foi realizada uma revisão scoping.

Para a pesquisa, definiu-se como população os profissionais de saúde (*Healthcare workers, Health personnel*); como conceitos a gestão de stress, a intervenção no stress e a prevenção do stress, ao qual se juntou ainda a promoção da saúde, por se ter constatado ser um descritor chave para a temática (*Stress management, Stress intervention, Stress prevention, Health promotion*); como contexto a saúde ocupacional e os serviços de saúde ocupacional (*Occupational health, Occupational health services*).

A revisão scoping incluiu estudos primários, qualitativos ou quantitativos e revisões sistemáticas da literatura, em inglês ou português, sem limite temporal, cujos objetivos estivessem relacionados com as estratégias de intervenção para reduzir o stress ocupacional em profissionais de saúde.

A estratégia de pesquisa foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa recorreu-se à “literatura cinzenta”, com recurso a sites institucionais de interesse para a temática, ao Google Académico e ao catálogo bibliográfico da instituição. Na segunda etapa, realizou-se uma pesquisa através da plataforma EBSCO, quer na base de dados CINAHL, quer na MEDLINE, com recurso às palavras-chave e termos indexantes.

Nesta etapa utilizaram-se os termos acima identificados e recorreram-se às frases booleanas necessárias. No final refinou-se a pesquisa com utilização de filtros, obtendo-se 58 artigos. Estes foram posteriormente exportados para um software de gestão de referências bibliográficas, de forma a remover os duplicados, que foram 6. Através da análise dos títulos e resumos, os 52 artigos exportados foram triados, tendo

em conta a população, os conceitos e o contexto, definidos inicialmente. Após este processo terminou-se com 32 artigos. Apresenta-se a estratégia de pesquisa esquematizada numa tabela e no PRISMA *Flow Diagram*, no Apêndice I.

Os dados extraídos estão expostos na tabela do Apêndice II, com o local, a população, os objetivos, a metodologia e os principais resultados de cada estudo. Da análise destes, encontraram-se como principais estratégias de intervenção, as alterações na organização do trabalho, a formação dos profissionais, o desenvolvimento da resiliência e o mindfulness, enquanto técnica de relaxamento.

2 – METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

Tendo em conta o perfil de competências do EEEEC (Regulamento n.º 428/2018, 2018) que determina que o mesmo avalia, com base na metodologia do planeamento em saúde, o estado de saúde de uma comunidade, o estágio permitiu desenvolver esta competência.

Imperator & Giraldes (1993) definem planeamento em saúde como a metodologia que procura reduzir os problemas de saúde considerados prioritários, através de uma racionalização de recursos, que permitam atingir os objetivos fixados, com intervenção intersectorial. Tavares (1990) acrescenta que mais do que uma metodologia, o planeamento em saúde busca um estado de saúde e fá-lo através da promoção da saúde e das mudanças no comportamento da comunidade.

Os autores acima referidos realçam a natureza dinâmica das várias etapas do planeamento em saúde, as quais se desenvolveram e apresentam no presente relatório de estágio.

2.1 - Contextualização do local, população alvo e amostra

O estágio decorreu num SSO de um Centro Hospitalar. A população alvo de cuidados do SSO é composta pelos colaboradores do mesmo, que se aproxima dos 6000. A sua equipa multidisciplinar é constituída por 8 médicos, 7 enfermeiros, 4 técnicos de higiene e segurança do trabalho, 1 assistente operacional e 3 assistentes técnicos. Prestam ainda apoio ao SSO profissionais das áreas da dietética, psicologia, psiquiatria e assistência social.

Os serviços selecionados para a intervenção abrangem uma Unidade de Transplantação de Medula Óssea (UTMO), um Serviço de Internamento e um Hospital de Dia, com um total de 128 profissionais. A escolha destes serviços deveu-se ao facto dos seus profissionais cuidarem da pessoa com doença hemato-oncológica. De acordo com o Modelo de Sistemas de Neuman, o sistema integra todos os profissionais de saúde que trabalham nos serviços referidos e que habitualmente estão expostos ao mesmo tipo de stressores.

Para a seleção da amostra a partir da população alvo determinada, recorreu-se ao método não probabilístico, numa amostragem acidental (Fortin, 2003). Como

critério de inclusão determinou-se que o profissional estivesse em funções no período determinado para a colheita de dados, junho de 2019.

2.2 – Procedimentos éticos

Os procedimentos éticos realizados para concretizar o estágio iniciaram-se com o pedido de autorização aos autores para a utilização dos instrumentos incluídos no questionário, nomeadamente o “Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS)” e o “Inventário *Brief* COPE” de Pais Ribeiro (Anexo III) e o “Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS)” de Gomes (Anexo IV).

Foi solicitada a autorização para aplicação do questionário ao grupo de profissionais de saúde ao Conselho de Administração, Direção Clínica e Direção de Enfermagem do Centro Hospitalar, acompanhada por um pedido de parecer à Comissão de Ética (Anexo V).

De forma a obedecer ao Código de Nuremberga de 1947 e à Declaração de Helsínquia, elaborou-se um documento representativo do consentimento voluntário e informado dos participantes, tendo por base a minuta disponibilizada pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar (Apêndice III).

Foi salientado no momento da recolha de informação o anonimato e a confidencialidade. Os dados ficaram registados numa base de dados construída especificamente para o projeto e foram do conhecimento exclusivo da mestrande e das orientadoras. Os questionários em papel ficaram devidamente protegidos, em local fechado, até término do projeto, sendo posteriormente destruídos.

No que diz respeito à identificação do Centro Hospitalar, foi decidido que não seria nomeado no relatório final, respetiva defesa pública ou em qualquer divulgação no meio científico requerida pela instituição escolar.

2.3 - Diagnóstico da situação de saúde

O DSS é a primeira etapa do processo de planeamento em saúde e determina a escolha das estratégias de intervenção, ao identificar os problemas de saúde de uma comunidade. Como características deve ser rápido, para permitir que se desenvolva em tempo útil e suficientemente aprofundado, para se proceder à escolha de estratégias pertinentes (Imperatori & Giraldes, 1993) (Tavares, 1990).

De acordo com as recomendações preconizadas pelo Modelo de Sistemas de Neuman, nesta etapa procura-se determinar se o sistema está a funcionar normalmente. Este processo fez-se através da identificação de stressores que pudessem estar a ameaçar a estabilidade do sistema, assim como das suas forças e recursos energéticos (Neuman & Fawcett, 2011).

2.3.1 – Recolha de Informação

A recolha de informação foi realizada através de um questionário, devido aos recursos humanos existentes, o tempo disponível e a pretensão de anonimato, liberdade e sinceridade nas respostas. As variáveis selecionadas tiveram em conta os conceitos apresentados e o Modelo de Sistemas de Neuman. A operacionalização das variáveis de interesse está descrita no Apêndice IV. Na primeira fase, apresentou-se o questionário aos profissionais do SSO, para apreciação do seu formato e sugestão de melhorias, sendo reformuladas algumas questões da Parte I e formatação.

Na versão final o questionário era composto por cinco partes (Apêndice V):

- Parte I: características sociodemográficas e do trabalho;
- Parte II: “Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS)” (Ribeiro, 1993) (Ribeiro, 2004);
- Parte III: “Índice de bem-estar da OMS” (WHO, 1998) (Topp, Østergaard, Søndergaard & Bech, 2015);
- Parte IV: “Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS)” (Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009) (Gomes, 2014) (Gomes & Teixeira, 2016);
- Parte V: “Inventário Brief COPE” (Carver, 1997) (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Devido a constrangimentos temporais relacionados com os procedimentos éticos, a recolha de informação foi realizada em 22 dias, em vez dos 30 planeados inicialmente. No final a amostra foi de 87 profissionais.

No Apêndice VI apresentam-se os indicadores de saúde que nortearam o DSS, organizados de acordo com o Modelo de Sistemas de Neuman.

O material empírico foi analisado numa base de dados construída especificamente para o efeito no *software Statistical Packages for the Social Sciences* (SPSS), versão 25, licenciado para a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

2.3.2 – Análise dos dados e principais resultados

O sistema era constituído por 64 enfermeiros, 31 assistentes operacionais, 28 médicos e 5 assistentes técnicos. De modo a apresentar as variáveis do seu core, procedeu-se à caracterização sociodemográfica da amostra. No Apêndice VII apresenta-se com mais pormenor a caracterização.

Os dados presentes nas tabelas constantes no relatório provêm da recolha de informação realizada, pelo que se omite a sua fonte.

Na tabela 1, apresenta-se a distribuição dos 87 profissionais que constituíram a amostra pelas categorias. Verifica-se que a moda é a categoria de enfermeiro, com mais de metade da amostra.

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais pelas categorias

| Categorias Profissionais | | |
|--------------------------|------------|-------|
| | Frequência | % |
| Assistente operacional | 20 | 23,0 |
| Assistente técnico | 5 | 5,7 |
| Enfermeiro | 44 | 50,6 |
| Médico | 18 | 20,7 |
| Total | 87 | 100,0 |

A amostra era composta por 86,2% profissionais do sexo feminino, a média de idades era 39,5 anos (DP 11,02), a de antiguidade no serviço de 11,2 anos (DP 10,29) e 74,7% estava habilitado com o ensino superior.

Determinou-se que 36,8% dos profissionais tinham horário rotativo e que 11,4% referiu acumular mais de 40 horas semanais, como descrito na tabela 2.

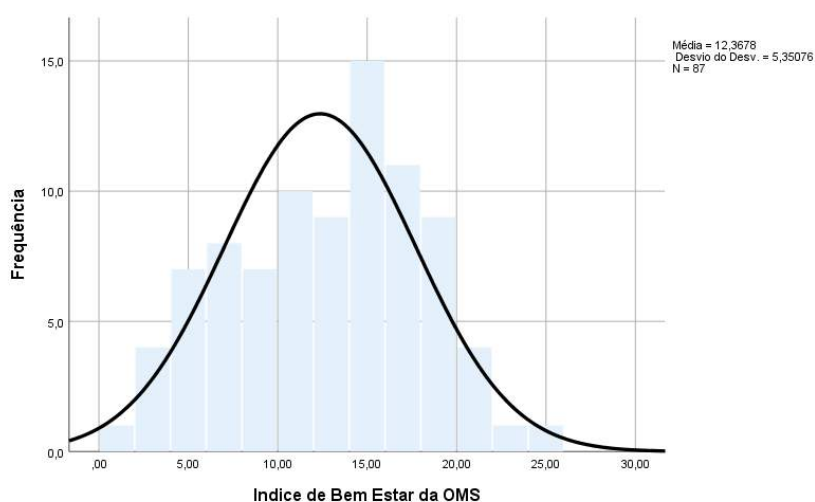
Tabela 2 – Distribuição dos profissionais pelo horário de trabalho e carga horária acumulada por semana

| Horário de trabalho | | | |
|---------------------------|----------------------|------------|-------|
| | | Frequência | % |
| Total | Fixo | 55 | 63,2 |
| | Rotativo | 32 | 36,8 |
| | | 87 | 100,0 |
| Carga horária por classes | | | |
| | | Frequência | % |
| Total | 35 a 40 horas/semana | 77 | 88,5 |
| | 41 a 50 horas/semana | 5 | 5,7 |
| | 51 a 60 horas/semana | 5 | 5,7 |
| | | 87 | 100,0 |

No que se refere aos comportamentos de saúde, na tabela 1 do Apêndice VIII apresentam-se os resultados para cada uma das dimensões do QACS. Contata-se que as dimensões onde as respostas indicam menos comportamentos protetores de saúde foram a do Exercício físico (44,8% “Quase nunca” pratica exercício intenso e 47,1% “Quase nunca” pratica desporto) e a do Autocuidado, especificamente no padrão de sono (57,4% “Ocasionalmente” e “Quase nunca” dormem horas suficientes). Na dimensão Uso de drogas e similares, verifica-se que 24,1% dos profissionais “Quase nunca” evita fumar; 41,4% “Quase nunca” e 23,0% “Ocasionalmente” evita tomar bebidas com cafeína.

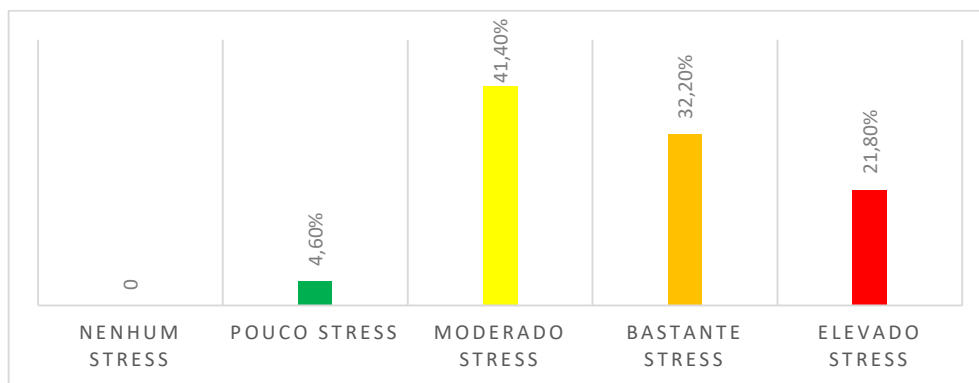
Através da avaliação do bem-estar pelo Índice de bem-estar da OMS, determinou-se que 52,9% dos profissionais apresenta níveis reduzidos, ou seja, abaixo do valor 13 e que a média é de cerca de 12,4 (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição dos profissionais pelo nível de bem-estar percecionado



Quanto ao nível global de stress ocupacional, 95,4% dos profissionais percecionam-o como moderado a elevado, como se observa no gráfico 2.

Gráfico 2 – Percentagem dos profissionais pelo nível global de stress ocupacional percecionado



Na tabela 2 e gráfico 1 do Apêndice VIII verifica-se que os principais stressores percecionados pelos profissionais como moderado a elevado, são o “Lidar com clientes” (96,5%), o “Excesso de trabalho” (94,3%), a “Carreira e remuneração” (91,9%) e as “Relações profissionais” (81,6%).

No que se refere aos mecanismos de coping, como consta na tabela 3 do Apêndice VIII, os mais utilizados pelo sistema foram o planeamento e o coping ativo, relacionados com a variável fisiológica e a reinterpretação positiva e o suporte emocional, relacionados com a variável psicológica. Os menos utilizados foram a negação, a religião, o desinvestimento comportamental e o abuso de substâncias. Estes dados revelam maior recurso a mecanismos focados no problema.

Relativamente aos acidentes de trabalho, descritos nos gráficos 2 e 3 do Apêndice VIII, verificou-se que já tinham sofrido um acidente de trabalho 37 profissionais, dos quais 2 não notificaram ao SSO. Os mais frequentes foram os de natureza músculo-esquelética (51%).

2.3.3 – Diagnósticos de Enfermagem

Ao elaborar a lista de problemas que emerge do DSS efetuado, sobre os quais se pretendia intervir, terminou a primeira etapa do planeamento em saúde (Tavares, 1990).

Na posse dos dados anteriormente apresentados, como determina o Modelo de Sistemas de Neuman, torna-se premente avaliar o nível de bem-estar do sistema,

as suas necessidades de estabilidade e os recursos energéticos existentes para tal, de modo a identificar os diagnósticos de enfermagem (Neuman & Fawcett, 2011).

Para além do modelo de enfermagem preconizado, recorreu-se à Classificação Internacional da Prática de Enfermagem – Versão 2015, de modo a padronizar a terminologia na determinação dos diagnósticos de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Os stressores identificados situam-se aos três níveis do sistema, intra, inter e extrasistema. Para além disso, representam ameaça às linhas de resistência e defesa (flexível e normal), ou até mesmo a sua rotura. No quadro do Apêndice IX apresentam-se os diagnósticos de enfermagem formulados a partir destes pressupostos, apresentando os dados do DSS que o justificam.

Os diagnósticos de enfermagem identificados, por ordem crescente de gravidade para a estabilidade do sistema, foram:

- Ameaça à linha flexível de defesa dos profissionais de saúde, relacionada com os stressores do intrasistema:
 - Risco de lesão (acidente de trabalho).
- Ameaça à linha normal de defesa dos profissionais de saúde, relacionada com os stressores do extrasistema:
 - Risco de não adesão a precauções de segurança (motorizada).
- Ameaça à linha normal de defesa dos profissionais de saúde, relacionada com os stressores do intrasistema:
 - Risco de problema de emprego.
 - Risco de ingestão nutricional comprometida.
 - Risco de abuso do tabaco.
 - Risco de abuso de substâncias (estimulantes ou tranquilizantes).
 - Risco de abuso de álcool.
 - Risco de exposição a fumo passivo.
 - Atitude face à gestão da medicação dificultadora.
 - Risco de comportamento sexual comprometido.
 - Risco de coping comprometido.

- Rotura da linha normal de defesa dos profissionais de saúde, relacionada com os stressores do extrasistema:
 - Sobrecarga por stress devido a carreira e remuneração atual.
 - Sobrecarga por stress devido a problemas familiares atual.
- Rotura da linha normal de defesa dos profissionais de saúde, relacionada com os stressores do intersistema:
 - Sobrecarga por stress devido a lidar com clientes atual.
 - Sobrecarga por stress devido a ações de formação atual.
- Rotura da linha normal de defesa dos profissionais de saúde, relacionada com os stressores do intrasistema:
 - Padrão de exercício comprometido.
 - Sono comprometido.
 - Abuso de substâncias (bebidas com cafeína) atual.
 - Status psicológico comprometido.
 - Sobrecarga por stress devido a excesso de trabalho atual.
 - Sobrecarga por stress devido a relações profissionais atual.
- Ameaça às linhas de resistência dos profissionais de saúde, relacionada com stressores do intrasistema:
 - Risco de não adesão a comportamento de procura de saúde.
 - Risco de não adesão ao regime de imunização.

2.4 – Definição de prioridades

A segunda etapa do planeamento em saúde é, segundo Tavares (1990), um processo de tomada de decisão. Seleccionando prioridades, tem-se em conta o uso eficiente dos recursos e o horizonte temporal em que as atividades serão desenvolvidas (Imperatori & Giraldes, 1993) (Nunes, 2016).

Perante a diversidade de diagnósticos de enfermagem identificados e por ser objetiva, escolheu-se a Grelha de Análise, como técnica de definição de prioridades. No entanto, houve necessidade de se aplicar previamente um método de triagem, devido à extensa lista de problemas. Segundo Pineault & Daveluy (1987), citados por Pereira (2011), nestas situações é desejável proceder a uma pré-seleção dos

mesmos. Recorreu-se aos peritos do SSO e realizou-se a triagem tendo em conta, primeiro, a relevância para a temática do projeto e depois os critérios: recursos do SSO para os resolver ou minimizar, enquanto inter sistema do grupo de profissionais, magnitude e vulnerabilidade, ou seja, a dimensão do problema e a possibilidade de prevenção, respetivamente. No Quadro 1, apresenta-se a triagem realizada, em que os diagnósticos de enfermagem foram categorizados como mais importantes, residuais e menos importantes (Tavares, 1990). Excluíram-se da priorização os residuais e menos importantes.

Quadro 1 – Triagem de problemas por categorias

| Mais importantes | Residuais | Menos importantes |
|--|---|--|
| Risco de não adesão a comportamento de procura de saúde. (A) | Risco de lesão (acidente de trabalho). | Risco de ingestão |
| Risco de não adesão ao regime de imunização. (B) | Risco de exposição a fumo passivo. | nutricional |
| Padrão de exercício comprometido. (C) | Risco de não adesão a precauções de segurança (motorizada). | comprometida. |
| Sono comprometido. (D) | Risco de problemas de emprego. | Risco de abuso de substâncias (estimulantes ou tranquilizantes). |
| Abuso de substâncias (bebidas com cafeína) atual. (E) | Atitude face à gestão da medicação dificultadora. | Risco de abuso de álcool. |
| Risco de abuso do tabaco. (F) | Risco de comportamento sexual comprometido. | Sobrecarga por stress devido a ações de formação atual. |
| Status psicológico comprometido. (G) | | |
| Sobrecarga por stress devido a carreira e remuneração atual. (H) | | |
| Sobrecarga por stress devido a problemas familiares atual. (I) | | |
| Sobrecarga por stress devido a lidar com clientes atual. (J) | | |
| Sobrecarga por stress devido a excesso de trabalho atual. (K) | | |
| Sobrecarga por stress devido a relações profissionais atual. (L) | | |
| Risco de coping comprometido. (M) | | |

Após este procedimento, aplicaram-se os critérios definidos pela técnica de priorização escolhida, atribuindo-se sucessivamente a classificação mais (+) ou menos (-). Para tentar evitar a desvantagem de ser discriminatória no primeiro critério, como afirma Tavares (1990), aquando da classificação na “importância do problema”, atendeu-se não só à expressão que o mesmo representava para o sistema, como qual a linha afetada pelo stressor e a natureza do mesmo. No segundo critério, “relação entre o problema e os fatores de risco”, procurou-se relevar o efeito dos stressores sobre o sistema, nomeadamente, se representa uma ameaça ou uma rotura às linhas. No critério “capacidade técnica de resolver o problema”, ponderou-se se as estratégias específicas a implementar eram possíveis do ponto de vista técnico. Por

fim, na “exequibilidade do projeto ou intervenção”, atendeu-se à possibilidade de concretização dessas mesmas estratégias.

Ao longo da grelha, representada no Quadro 2, os diagnósticos de enfermagem foram classificados, resultando em valores que correspondem à sua priorização. A prioridade máxima é indicada pelo valor 1, existindo 16 possibilidades de priorização por ordem decrescente (Tavares, 1990). Para melhor clarificação da tomada de decisão, no Apêndice X apresentam-se os argumentos que sustentam o resultado do processo e respetivo esquema de priorização.

Quadro 2 – Grelha de análise para definição de prioridades

| Critérios Diagnóstico de Enfermagem | Importância do problema | Relação entre problema e fator de risco | Capacidade técnica de resolver o problema | Exequibilidade do projeto ou intervenção | Resultados |
|--|--------------------------------|--|--|---|-------------------|
| Risco de não adesão a comportamento de procura de saúde. (A) | + | - | + | + | 5 |
| Risco de não adesão ao regime de imunização. (B) | + | - | + | + | 5 |
| Padrão de exercício comprometido. (C) | + | + | - | - | 4 |
| Sono comprometido. (D) | + | + | - | - | 4 |
| Abuso de substâncias (bebidas com cafeína) atual. (E) | - | + | - | - | 12 |
| Risco de abuso do tabaco. (F) | + | - | + | + | 5 |
| Status psicológico comprometido. (G) | + | + | + | + | 1 |
| Sobrecarga por stress devido a carreira e remuneração atual. (H) | - | + | - | - | 12 |
| Sobrecarga por stress devido a problemas familiares atual. (I) | - | + | - | - | 12 |
| Sobrecarga por stress devido a lidar com clientes atual. (J) | + | + | + | + | 1 |
| Sobrecarga por stress devido a excesso de trabalho atual. (K) | + | + | - | - | 4 |
| Sobrecarga por stress devido a relações profissionais atual. (L) | + | + | - | - | 4 |
| Risco de coping comprometido. (M) | + | - | + | + | 5 |

Pode constatar-se que os diagnósticos de enfermagem com valor 1, ou seja, prioridade máxima para a intervenção, foram o Status psicológico comprometido (G) e a Sobrecarga por stress devido a lidar com os clientes atual (J). Ambos representam rotura da linha normal de defesa do sistema, o primeiro no intra sistema e o segundo no inter sistema. No entanto, é possível verificar que existem diagnósticos de enfermagem que, mesmo com valores de priorização mais baixos (4 e 5), podem enquadrar-se nas estratégias de intervenção a desenvolver para os mais prioritários, o que contribuirá para promover o equilíbrio do sistema cliente agregado.

2.5 – Fixação de objetivos

A etapa da fixação de objetivos permite a descrição de forma sucinta do problema através de enunciados de intenções. Estes devem ser mensuráveis, tecnicamente alcançáveis, enquadrados num período de tempo, de forma a possibilitar a tendência da evolução do problema no sentido desejável (Imperatori & Giraldes, 1993).

Segundo os mesmos autores, para a consecução desta etapa são necessárias quatro fases: na primeira, selecionam-se os indicadores do problema (de resultado e de atividade); na segunda, determina-se a tendência do problema; na terceira, fixam-se objetivos que constituirão o quadro de referência para se aferir se o resultado desejável foi atingido no final; e por fim, na quarta, traduzem-se esses objetivos em objetivos operacionais ou metas.

Para o diagnóstico de enfermagem Status psicológico comprometido, consideraram-se como indicadores de resultado o *número de profissionais com score > 13 no Índice de Bem-Estar / número total de profissionais respondentes do sistema cliente*; e *número de profissionais com percepção moderada a elevada do nível de stress ocupacional / número total de profissionais respondentes do sistema cliente*.

Para o diagnóstico de enfermagem Sobrecarga por stress devido a lidar com os clientes atual, consideraram-se como indicadores de resultado o *número de profissionais que percecionam como moderado a elevado o nível de stress relacionado com o lidar com clientes / número total de profissionais respondentes do sistema cliente*.

Como indicadores de atividade ou execução, ou seja, para quantificação das atividades, consideraram-se para ambos os diagnósticos o *número de sessões realizadas / número de sessões previstas*.

De acordo com Nunes (2016), para determinar a tendência do problema, pode fazer-se uma projeção da situação no futuro. Visto não possuímos dados anteriores ao da situação diagnosticada neste estágio, recorreu-se a dados da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2017), onde se apresenta que o stress é uma das consequências mais preocupantes dos riscos ocupacionais, a par com os acidentes e as doenças músculo-esqueléticas. Portanto, qualquer melhoria em relação ao diagnóstico de situação de saúde pode representar ganhos em saúde.

Para constituir o quadro de referência acima referido e tendo em conta os cinco elementos referidos por Tavares (1990) para a formulação de objetivos (a natureza da situação desejada, os critérios de sucesso ou de fracasso, a população-alvo do

projeto, a zona de aplicação do mesmo e o tempo em que deverá ser atingido), determinou-se como objetivo geral:

- Contribuir para a redução da tensão que ameaça o equilíbrio do grupo de profissionais de saúde que prestam cuidados a pessoas com doença hemato-oncológica, de um Centro Hospitalar, através de estratégias de gestão do stress ocupacional, durante a realização do estágio, até fevereiro de 2020.

Determinou-se que a natureza da situação desejada seria contribuir para a redução da tensão que ameaça o equilíbrio do sistema cliente perante os stressores identificados. Os critérios de sucesso respetivos foram aumentar a perceção do nível de bem-estar e diminuir a do nível global de stress ocupacional, bem como manter a participação e satisfação do mesmo ao longo da intervenção comunitária.

Para contribuir para a consecução deste objetivo geral, foi determinante traduzi-lo em objetivos operacionais ou metas, que enunciassem o resultado desejável e tecnicamente exequível, das atividades previstas.

- Identificar a perceção sobre os stressores que ameaçam o equilíbrio do sistema e sua prevenção, de pelo menos 30% do sistema cliente;
- Fortalecer as linhas de defesa do sistema através de sessões de educação para a saúde sobre estratégias de gestão de stress ocupacional, com a participação de pelo menos 30% do sistema cliente.
- Obter avaliação positiva na satisfação relacionada com as atividades, em pelo menos 80% do subsistema cliente participante nas sessões.
- Reduzir a tensão que ameaça o equilíbrio do sistema através do aumento da perceção do nível de bem-estar no Índice de Bem-estar da OMS em pelo menos 20% do subsistema cliente participante nas sessões.
- Reduzir a tensão que ameaça o equilíbrio do sistema através da diminuição da perceção do nível global de stress ocupacional em pelo menos 20% do subsistema cliente participante nas sessões.
- Reduzir a tensão que ameaça o equilíbrio do sistema através da diminuição da perceção do nível de stress relacionado com o lidar com os clientes em pelo menos 20% do subsistema cliente participante nas sessões.

2.6 – Seleção de estratégias

A presente etapa é, segundo Imperatori & Giraldes (1993), essencial no planeamento em saúde, pois seleciona-se o processo que permitirá reduzir ou eliminar os problemas priorizados. Para Tavares (1990) a criatividade é importante na medida em que permite encontrar abordagens inovadoras a partir da revisão do que já se fez noutros locais. Para além disso, ambos os autores dão ênfase à necessidade da previsão de obstáculos, da análise dos custos e das vantagens e desvantagens para a escolha das estratégias.

Numa primeira fase, tendo em conta que a revisão da literatura indicou que a gestão do stress ocupacional deve ser realizada através de estratégias individuais (ou a grupo de trabalhadores) e de estratégias organizacionais, a seleção baseou-se em o que seria realizável, do ponto de vista dos recursos e do tempo disponível, em ambas as opções.

Para além disto, de acordo com o Modelo de Sistemas de Neuman (Neuman & Fawcett, 2011), as estratégias apropriadas de intervenção, devem ser baseadas na avaliação do sistema e numa negociação com o mesmo, que implica determinar as suas perceções do problema. De realçar que o modelo permite uma intervenção multinível, na medida em que, ao mesmo tempo que se desenvolve a promoção da saúde, a nível da prevenção primária, também é possível conciliar estratégias de prevenção secundária e terciária.

Perante os diagnósticos de enfermagem prioritários e de acordo com o referido anteriormente, a seleção de estratégias foi efetivada a nível da prevenção primária, através da educação do sistema, da sua dessensibilização aos stressores e do fortalecimento dos fatores de resistência, e da prevenção secundária, através da identificação das suas forças e fraquezas, do ajuste de processos mal adaptativos e da mobilização dos seus recursos internos e externos.

As primeiras estratégias desenvolvidas foram o envolvimento da equipa do SSO no projeto e o pedido de colaboração das chefias como elos de ligação.

Realizou-se uma sessão de divulgação dos resultados do DSS, por forma a envolver os profissionais no projeto de intervenção, promover a sua adesão, assim como aprofundar a avaliação do sistema. Nesta sessão questionou-se o sistema sobre os stressores que o ameaçavam e que medidas de prevenção sugeriam, através de duas perguntas abertas, cujo material foi submetido a análise de conteúdo, segundo

Bardin (2015). Esta análise permitiu conhecer o ambiente criado do sistema e é apresentada no Apêndice XI.

Em reunião de equipa do SSO, foram apresentados o DSS e os resultados da análise de conteúdo acima referida, por forma a determinar as medidas a implementar.

Algumas estratégias individuais para a gestão de stress demonstradas na evidência baseavam-se em técnicas de meditação (Atallah, McCalla, Karakash & Minkoff, 2016) (Calisi, 2017) (Doré, Duffett-Leger, McKenna, Salsberg & Breau, 2018) (Goldman, Bernstein, Konopasek, Arbuckle & Mayer, 2018). A escolhida foi o mindfulness e integrou-se esta prática em sessões de Educação para a Saúde (EpS). Guillaumie, Boiral & Champagne (2017) afirmam que o mindfulness desenvolvido no contexto laboral da saúde traz benefícios. Facilita a comunicação com os utentes e colegas, aumenta a capacidade de sentir compaixão e desenvolver a empatia, assim como melhora a habilidade para analisar situações complexas e as necessidades dos utentes.

Com base na evidência encontrada, realizou-se formação para aquisição de competências, através da frequência do curso de Professor de Meditação & Mindfulness (Anexo VI). Concomitantemente, procedeu-se a uma revisão da literatura sobre a temática.

A EpS, segundo Keller, Strohschein & Briske (2011), procura modificar o conhecimento, as atitudes ou comportamentos através da comunicação de fatos, ideias e capacidades. Desde a integração deste conceito na promoção da saúde, que a OMS a considera uma combinação de experiências de aprendizagem cuja finalidade é ajudar as comunidades a melhorar a sua saúde (WHO, 2012). O seu principal objetivo, de acordo com Heady (2018), é ajudar o grupo a atingir um estado ótimo de saúde, através das suas próprias ações e iniciativas.

De forma convergente à EpS, surge o marketing social, que segundo Keller, Strohschein & Briske (2011), procura o mesmo objetivo da EpS, utilizando os princípios e tecnologias do marketing comercial. Evans & McCormack (2008) referem que o marketing social aplicado na saúde pretende promover os comportamentos saudáveis numa população, ao recorrer a técnicas usadas nas vendas de produtos e ao munir os indivíduos de fontes de informação complementar de confiança. Para Murray (2003), o marketing aplicado na SO permite ao enfermeiro alcançar a população alvo das intervenções e aumentar a acessibilidade aos serviços. Refere ainda que, cada vez que se explica o papel do SO a um novo trabalhador está-se a desenvolver uma forma de marketing.

Heady (2018) refere que a combinação de estratégias de EpS e de princípios do marketing social, promove a alteração de comportamento de saúde de um grupo. Perante isto, planearam-se sessões de EpS, cartazes, folhetos, um marcador de livro e um site, que se apresentam em pormenor no planeamento operacional.

A outra estratégia para a gestão do stress ocupacional encontrada na evidência e que foi considerada importante, foi a formação dos profissionais. Para isso houve a necessidade de desenvolver intervenções em parceria com outra área relevante para a temática, nomeadamente a psicologia. A criação de parcerias, segundo Downing (2011), é uma das formas de intervenção da saúde pública, que procura desenvolver soluções para melhorar a saúde das comunidades através do trabalho conjunto de uma rede variada de disciplinas. Assim, o EEEEC deve avaliar e implementar parcerias que possam dar resposta às necessidades identificadas. Neste contexto, fez sentido pedir a colaboração do psicólogo que presta apoio ao sistema em questão.

Em reunião com o psicólogo e tendo em conta os diagnósticos de enfermagem prioritários, a temática de lidar com o sofrimento da pessoa com doença hemato-oncológica foi a escolhida para o desenvolvimento das formações. Posto isto, surgiu a necessidade de se proceder a uma revisão da literatura sobre a temática.

Por fim, procurando desenvolver uma estratégia organizacional para a gestão do stress ocupacional que fosse ao encontro dos resultados obtidos na análise de conteúdo acima referida, pediu-se colaboração ao Técnico de Segurança e Saúde no Trabalho do SSO para a validação do pedido do Diretor do Serviço de uma visita aos serviços. Segundo a Federation of Occupational Health Nurses within the European Union (2014), o enfermeiro deve exercer influência, desde o local de trabalho até ao ambiente global, o que neste caso concreto, passou por mobilizar os responsáveis organizacionais, através da articulação entre as chefias e o SSO para a marcação da referida visita.

2.7 – Planeamento operacional – Programação

Após a seleção das estratégias é importante definir as atividades a desenvolver durante o projeto, que deverão estar fundamentadas na revisão da literatura, no referencial teórico e de acordo com os objetivos operacionais determinados. Nesta etapa deve-se descrever detalhadamente as atividades a realizar, como e quando

devem ser executadas, que recursos mobilizar e as inter-relações com os objetivos operacionais (Imperatori & Giraldes, 1993) (Tavares, 1990).

As estratégias seleccionadas foram de cariz organizacional, com articulação dos responsáveis de ambos os serviços para a programação de uma visita para avaliação dos riscos no local de trabalho, e individual (ao grupo de profissionais), através de sessões de EpS e formação, em concomitância com técnicas de marketing social.

A divulgação das sessões foi feita através das chefias, por cartazes-anúncios expostos nas salas de trabalho dos serviços, por convite dado em mão aos profissionais de saúde ao longo dos dias e por convite pessoal feito a quem estava no serviço nos dias respetivos, antes de iniciar as sessões. Os materiais de marketing social produzidos foram cartazes, folhetos, um marcador de livro com uma meditação e um site com todos os materiais utilizados nas sessões e outras informações adicionais. Os mesmos foram distribuídos ao longo dos dias em que decorreram as atividades e o site foi partilhado através de email, em articulação com as chefias.

Promovendo o trabalho em parceria com o psicólogo do serviço, com a intenção de capacitar o sistema para a temática do contato com o sofrimento e tendo em conta o tempo disponível, planearam-se duas sessões de formação teórico-práticas com a duração de 45', cujos temas foram o lidar com as emoções e a morte da pessoa com doença hemato-oncológica, recorrendo à técnica de role play de casos clínicos.

Nas sessões de EpS explorou-se o conceito do mindfulness, enquanto estratégia para gerir o stress ocupacional. Tiveram a duração de 30' e os temas abordados foram: a prática da meditação baseada no mindfulness, enquanto estratégia de autogestão do stress, como medida de autocuidado; o recurso aos princípios do mindfulness para a promoção da comunicação eficaz e escuta ativa em contexto laboral e o recurso ao mindfulness para o controlo das emoções e autorregulação da resposta ao stress. Apesar das três sessões terem temas diferentes, não eram sequenciais e no início de cada uma delas procurou-se enquadrar sempre o conceito de mindfulness, tendo em conta que os profissionais poderiam não estar presentes em todas, diferindo apenas na abordagem feita ao mindfulness, com técnicas diferentes. Para tentar limitar esta situação, sempre que foi possível, repetiram-se as sessões.

Além de se procurar dar resposta aos problemas de saúde identificados no DSS, as atividades desenvolvidas também se enquadraram nos projetos de promoção da saúde desenvolvidos pelo SSO e não foram necessárias verbas adicionais para a sua concretização. Facilitou o facto do SSO em questão apostar muito na área da

promoção da saúde, através de diversos programas, assim como em técnicas de marketing social e desenvolver frequentemente atividades de formação.

Nunes (2016) apresenta um guião para o desenho de projetos, através do qual é possível organizar todas as informações relevantes. Para o presente projeto adaptou-se o guião para se produzir o protocolo do projeto de intervenção comunitária denominado “Liberte-se do stress e mantenha a sua saúde”, que se apresenta no Apêndice XII e onde se descrevem as atividades acima referidas.

2.8 – Avaliação

Na última etapa do planeamento em saúde determina-se o grau de sucesso na consecução de um projeto, legitimando o que se implementou e identificando melhorias para futuros projetos. É nesta etapa que se avalia se os objetivos definidos foram ou não atingidos. Os elementos utilizados para a avaliação são os indicadores, sendo estes os dados referentes às variáveis em estudo. (Imperatori & Giraldes, 1993) (Tavares, 1990) (Nunes, 2016).

De acordo com os mesmos autores, os indicadores de avaliação mais utilizados e que se mobilizaram, são os que medem a prestação dos cuidados de saúde, ou seja, que dizem respeito à avaliação interna de um projeto – de atividade; e os que medem o estado de saúde, ou seja, respeitantes à avaliação externa – de resultado. Ressalva-se que, dado os constrangimentos temporais para o desenvolvimento do projeto, não foi possível realizar uma avaliação dos resultados a longo prazo.

Quanto aos indicadores de atividade, todas as atividades planeadas foram realizadas, correspondendo a 100%: 3 sessões de EpS; 2 de formação com o psicólogo; 90 folhetos impressos e distribuídos de cada (estratégias para controlo do stress e lidar com o sofrimento); 4 cartazes com os resultados do DSS e 12 sobre exercícios de mindfulness no trabalho impressos e distribuídos; marcador de livro com a meditação foi distribuído aos 34 profissionais que estiveram presentes na última sessão. Por fim, a partilha do site aos profissionais foi realizada pelas respetivas chefias. Tendo em conta que a comunicação institucional é feita através de correio eletrónico, todos receberam a informação no email profissional.

Para além destes indicadores, avaliou-se a participação/adesão dos profissionais de saúde nas atividades e a satisfação com as sessões (nos parâmetros de pertinência do tema, clareza da exposição, tempo de duração da sessão e

contribuição da mesma para a redução do nível de stress), através de uma escala dicotómica de sim ou não.

Como indicadores de resultado recorreu-se aos instrumentos de avaliação utilizados aquando do DSS, nomeadamente o Índice de bem-estar da OMS (WHO, 1998) (Topp, Østergaard, Søndergaard & Bech, 2015), a escala de avaliação do nível global de stress ocupacional e a subescala de avaliação do nível de stress relacionado com o lidar com os clientes (Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009) (Gomes, 2014) (Gomes & Teixeira, 2016).

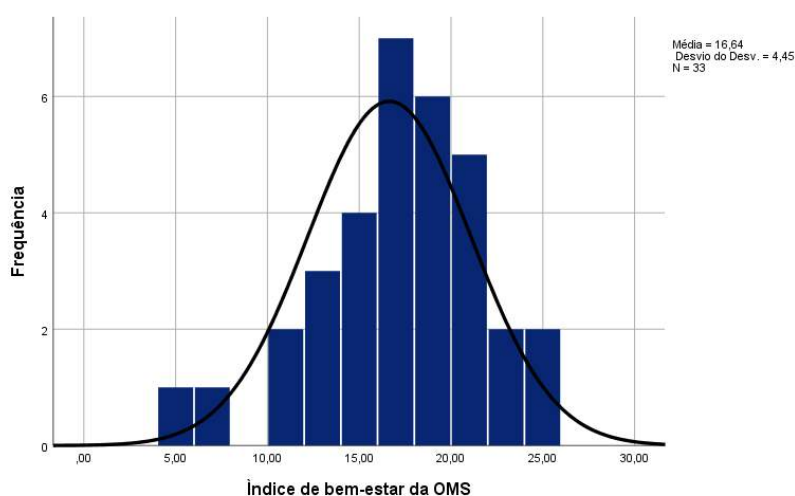
No Quadro 3 apresenta-se um resumo dos resultados obtidos em relação aos objetivos operacionais e respetivos indicadores. No Apêndice XIII apresentam-se estes resultados com mais pormenor.

Quadro 3 – Síntese dos resultados obtidos em cada objetivo operacional

| OBJETIVOS OPERACIONAIS | Indicadores | Resultados |
|--|---|--|
| Identificar a perceção sobre os stressores que ameaçam o equilíbrio do sistema e sua prevenção, de pelo menos 30% do sistema cliente. | Taxa de respondentes às perguntas abertas realizadas. | 36,7% Objetivo superado |
| Fortalecer as linhas de defesa do sistema através de sessões de educação para a saúde sobre estratégias de gestão de stress ocupacional com a participação de pelo menos 30% do sistema cliente. | Taxa global de participação nas sessões de EpS. | Adesão global 69,4% Objetivo superado |
| Obter avaliação positiva na satisfação relacionada com as atividades, em pelo menos 80% do subsistema cliente participante nas sessões. | Taxa de satisfação relacionada com as sessões. | Sessão de EpS 1 Acima de 86% em todos os itens <hr/> Sessão de EpS 2 Acima de 86% em todos os itens <hr/> Sessão de EpS 3 Acima de 81% em todos os itens Objetivo superado |
| Reduzir a tensão que ameaça o equilíbrio do sistema através do aumento da perceção do nível de bem-estar no Índice de Bem-estar da OMS em pelo menos 20% do subsistema cliente participante nas sessões. | Taxa de profissionais participantes com valor do Índice de Bem-estar da OMS > 13. | 78,8% Objetivo superado |
| Reduzir a tensão que ameaça o equilíbrio do sistema através da diminuição da perceção do nível global de stress ocupacional em pelo menos 20% do subsistema cliente participante nas sessões. | Taxa de profissionais participantes com redução do nível global de stress ocupacional. | Sessão de EpS 1: 42,2% Sessão de EpS 2: 31,5% Sessão de EpS 3: 48,4% Objetivo superado |
| Reduzir a tensão que ameaça o equilíbrio do sistema através da diminuição da perceção do nível de stress relacionado com o lidar com os clientes em pelo menos 20% do subsistema cliente participante nas sessões. | Taxa de profissionais participantes com nível de stress relacionado com o lidar com os clientes moderado a elevado. | Sessão de formação 1: 54,5% Sessão de formação 2: 25% Objetivo superado |

No gráfico 3 apresenta-se a avaliação do bem-estar pelo Índice de bem-estar da OMS no final das sessões de EpS. Verificou-se que 21,2% dos profissionais apresentou níveis reduzidos, ou seja, abaixo do valor 13 e que a média foi de cerca de 16,6. Através da estatística descritiva é possível verificar (página 6 do Apêndice XIII) que não só houve alteração quantitativa deste indicador, com um aumento dos profissionais com nível de bem-estar acima do valor 13, em relação ao DSS (de 47,1% para 78,8%), como também uma alteração qualitativa, com um aumento do nível médio, em relação ao DSS (12,4).

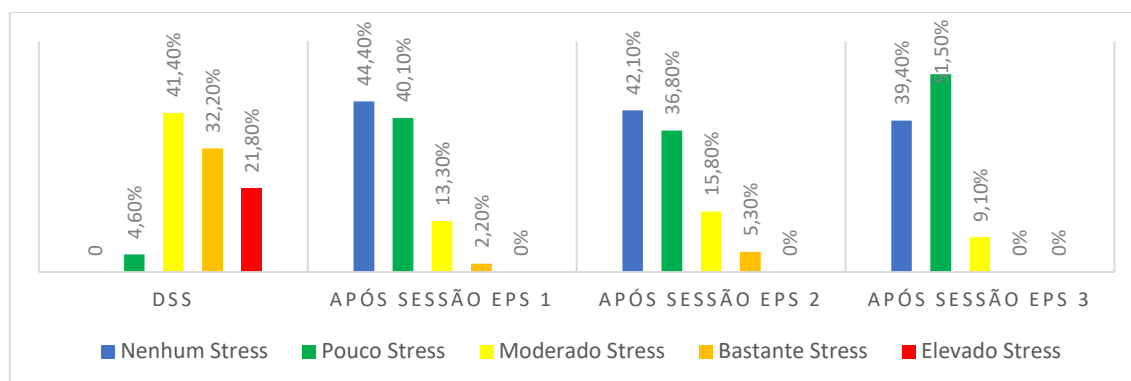
Gráfico 3 – Distribuição dos profissionais pelo nível de bem-estar percebido no final da intervenção



Através dos gráficos seguintes é possível analisar os resultados obtidos nos indicadores nível global de stress (Gráfico 4) e nível de stress relacionado com o lidar com os clientes (Gráfico 5) no DSS e depois da intervenção.

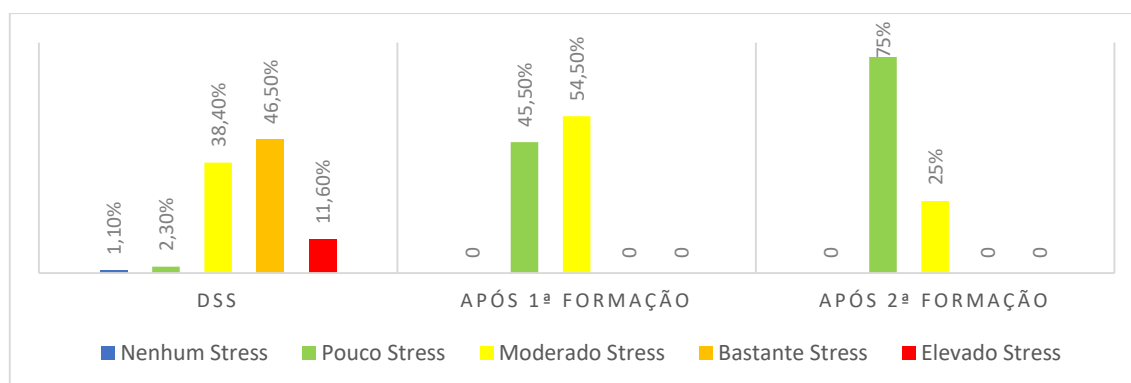
Pela análise da estatística descritiva houve redução dos níveis de stress ocupacional elevado, bastante e moderado, após cada uma das sessões de EpS, em relação ao DSS. Para além destes dados, devido à natureza da variável stress ocupacional depender de diversos fatores, avaliou-se o nível global de stress ocupacional no início e no final de cada umas das sessões de EpS, cuja análise encontra-se na página 7 do Apêndice XIII.

Gráfico 4 - Percepção do nível global de stress ocupacional, dos profissionais, em percentagem, no DSS e após as sessões de EpS



Após as sessões de formação, embora se verifique um aumento do nível moderado na primeira sessão, os níveis elevado e bastante stress não apresentaram resposta, o que justifica este aumento. No entanto, pela natureza complexa desta variável, para além dos dados quantitativos, fez-se uma análise qualitativa das sessões de formação, através da recolha de comentários no final, que se apresenta na página 10 do Apêndice XIII.

Gráfico 5 - Percepção do nível de stress ocupacional, relacionado com o lidar com os clientes, dos profissionais, em percentagem, no DSS e após as formações



Face ao exposto, é possível afirmar que os objetivos operacionais foram atingidos, obtendo-se uma avaliação positiva do projeto de intervenção comunitária. Consequentemente, é válido concluir que se contribuiu para a redução da tensão que ameaça o equilíbrio do grupo de profissionais de saúde, apontando para ganhos em saúde.

3 – CONCLUSÃO

A partir do produto resultante da pesquisa de conceitos sobre o stress ocupacional, do seu enquadramento no referencial teórico de enfermagem do Modelo de Sistemas de Neuman (Apêndice XIV) e da revisão scoping, realizada para mapear as principais intervenções para o problema, delineou-se o caminho a percorrer durante o estágio (Apêndice XV). O mesmo teve em conta a metodologia do Planeamento em Saúde e permitiu o desenvolvimento das competências comuns e específicas inerentes à especialização em Enfermagem Comunitária, assim como ao segundo ciclo, grau de mestre, de acordo com os descritores de Dublin (Direção Geral do Ensino Superior, 2011) (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018) (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019).

Para finalizar o relatório de estágio, apresenta-se em conclusão uma discussão sobre o projeto implementado e uma reflexão sobre as competências adquiridas.

Discussão sobre o projeto

O projeto de intervenção comunitária desenvolvido durante o estágio, que se descreveu neste relatório, teve como finalidade promover o bem-estar dos profissionais de saúde que prestam cuidados a pessoas com doença hemato-oncológica de um Centro Hospitalar, através de estratégias para a gestão do stress ocupacional, no contexto da SO.

O DSS realizado aos 87 profissionais de saúde que constituíram a amostra possibilitou a avaliação do funcionamento do sistema cliente agregado, nas suas diferentes variáveis, como preconiza o Modelo de Sistemas de Neuman. Identificaram-se ameaças e roturas das linhas de defesa do sistema, os stressores causadores desta situação, bem como os seus recursos energéticos.

Através dos resultados obtidos nos níveis de bem-estar e stress ocupacional nesta amostra, ficou evidente a problemática de partida do projeto de intervenção.

No caso concreto dos stressores, os que sobressaíram foram o “Lidar com clientes”, o “Excesso de trabalho” e a “Carreira e remuneração”, o que vai ao encontro dos resultados obtidos nos estudos de Gomes, Cruz & Cabanelas (2009), Gomes (2014) e Gomes & Teixeira (2016).

Foi possível verificar, no que diz respeito aos comportamentos de saúde, que o sedentarismo e o padrão de sono alterado foram os principais problemas identificados. Também merece realce o facto do tabagismo e do consumo de álcool

não terem uma elevada expressão nesta amostra. Estando estes comportamentos relacionados com doenças crónicas não transmissíveis, são valorizados a nível da SO (Burton, 2010) (Leka, Cox & Zwetsloot, 2008) (DGS, 2015) (DGS, 2018).

Por fim, sobre os mecanismos de coping, constatou-se serem uma força do sistema, pois os mais utilizados estavam relacionados com mecanismos focados no problema, reforçados ainda pela utilização do suporte emocional. Esta situação demonstrou um bom funcionamento do sistema, através da utilização de recursos energéticos positivos para o seu equilíbrio.

Quanto à avaliação do ambiente criado pelo sistema, confirmou-se a influência das relações com clientes e a carga e ritmo de trabalho no nível de stress ocupacional. No entanto, também foi possível identificar um fator psicossocial não presente no DSS, relacionado com a falta de condições ambientais no serviço, relevante para a intervenção comunitária.

Posto isto, concentraram-se esforços nos dois diagnósticos de enfermagem priorizados, para os quais se estabeleceram objetivos operacionais, de modo a contribuir para a redução da tensão que ameaçava o equilíbrio do sistema, através de estratégias de gestão do stress ocupacional. Tendo em conta que a gestão do stress ocupacional deve ser realizada através de estratégias individuais (grupo de trabalhadores) e de estratégias organizacionais, o que se desenvolveu procurou dar resposta aos diagnósticos identificados.

Com respeito às estratégias organizacionais, a articulação que se fez entre as chefias do serviço e a equipa do SSO realçou a importância da influência, desde o local de trabalho até ao ambiente global, da enfermagem ocupacional, representado no Modelo Conceptual de Hanasaari. Pode-se afirmar ainda que se criaram condições de fortalecimento dos fatores de resistência do sistema, através desta atividade de prevenção primária, de acordo com o Modelo de Sistemas de Neuman, pois uma visita ao serviço por parte da equipa do SSO irá contribuir para alterações no local e condições de trabalho, possibilitando a diminuição do stress ocupacional.

Nas estratégias individuais (grupo de trabalhadores), com as sessões de EpS, de formação com o psicólogo e atividades de marketing social, deu-se resposta ao problema quer a nível primário, quer secundário. As sessões de EpS com técnicas de relaxamento baseadas no mindfulness, permitiram dessensibilizar o sistema quanto aos stressores, assim como mobilizar recursos internos de cada profissional, para que o utilizassem no dia a dia. Também é possível afirmar que aqueles momentos de união entre os elementos da equipa permitiram a sua descompressão, com redução dos

níveis de stress percecionados. No que diz respeito às sessões de formação, estas permitiram capacitar os profissionais para lidar com o sofrimento da pessoa com doença hemato-oncológica, dessensibilizando o sistema quanto a este stressor específico.

A avaliação realizada ao projeto de intervenção comunitária desenvolvido permitiu constatar que os objetivos operacionais foram atingidos, tendo-se naturalmente, atingido o seu objetivo geral.

No entanto, nenhum projeto chega ao fim sem que tenha sido influenciado por limitações. Não sendo este exceção, a primeira limitação foi o tempo para a sua concretização. Não só o tempo disponível para a realização do DSS após os procedimentos éticos, como o timing da implementação do projeto, que teve que enquadrar-se na restante atividade assistencial do SSO, foram determinantes para o que se pôde concretizar.

Para além disso, as sessões de EpS foram planeadas tendo em conta o pouco tempo disponível pelos profissionais durante os turnos. Devido a esta situação, não foi possível estruturar as intervenções baseadas no mindfulness tal e qual a evidência demonstrou. Sugere-se que num futuro, em que não exista limitação temporal, se procure realizar programas baseados no mindfulness, que decorram pelo menos durante 4 semanas, com atividades a realizar em casa, tal como desenvolveram Mackenzie, Poulin & Seidman-Carlson (2006). Acredita-se que haja receptividade por parte dos profissionais perante um programa estruturado, não só pelos níveis de adesão e satisfação que demonstraram neste projeto, como da vontade revelada em realizar atividades promotoras de bem-estar, aquando da divulgação dos resultados do DSS.

Nas sessões de formação também se aponta a limitação temporal. A baixa adesão às mesmas deveu-se, não ao desinteresse dos profissionais pela temática, mas sim às datas e horas em que se realizaram. Para colmatar a situação sugere-se a integração destas formações, com maior duração, no centro de formação da instituição.

O tamanho da amostra para o DSS, a técnica de amostragem e os níveis de adesão às intervenções também podem ser apontadas como limitações do projeto, pelo que não é possível generalizar os resultados para a população.

Por fim, aponta-se uma limitação à avaliação do projeto. Embora se tenham recorrido a estratégias metodológicas para a avaliação do stress ocupacional, esta apenas foi realizada a curto prazo. Desconhece-se o efeito a longo prazo e fica a

sugestão de Westermann, Kozak, Harling & Nienhaus (2014), que afirmam que após a intervenção se devem realizar cursos de atualização, de forma a manter os seus efeitos positivos nos níveis de stress.

Apesar das limitações, deve-se realçar a importância deste projeto, cujos resultados apontam para ganhos em saúde no sistema e, na prática, deu algum contributo ao desempenho do SSO, a nível dos programas de promoção da saúde. Para além disso, ficará disponível na página da intranet do SSO o link do site que se desenvolveu, para que todos os colaboradores da instituição o possam aceder.

A promoção de ambientes de trabalho saudáveis e seguros no âmbito da Saúde Ocupacional é de extrema importância pois contribui para o bem-estar dos profissionais e para a produtividade da instituição, o que em última instância, se reflete em melhores cuidados de saúde prestados aos cidadãos.

Reflexão sobre as competências adquiridas

A aquisição de competências deve ser baseada na aprendizagem experiencial em articulação com o conhecimento cognitivo. Benner (2001) refere que no desenvolvimento deste processo deve-se refletir nas aprendizagens que a prática proporciona, conjugando-as com a teoria e apoiando-se na conduta ética.

Ao refletir sobre o estágio realizado analisa-se a sua contribuição para a aquisição de competências de enfermagem especializadas, quer comuns, quer na área de especialização de Enfermagem Comunitária, assim como correspondentes ao segundo ciclo, grau de mestre.

No que diz respeito às primeiras, no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019), estão definidos os domínios correspondentes. No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, asseguraram-se os procedimentos inerentes ao projeto, como a defesa dos direitos de autor dos instrumentos utilizados para a recolha de informações e o pedido de parecer à Comissão de Ética e autorizações institucionais respetivas. Para além disso, garantiu-se a participação livre, informada e esclarecida dos profissionais no projeto, bem como os direitos de anonimato, proteção e respeito.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, o projeto desenvolvido enquadrou-se no plano de ação do SSO e contribuiu para a promoção da saúde em contexto ocupacional. Para isso, foi necessário envolver a equipa do mesmo e foi decisivo para a sua concretização.

No domínio da gestão dos cuidados, com o envolvimento da equipa houve partilha da tomada de decisão para o planeamento e implementação das atividades.

Por fim, no domínio das aprendizagens profissionais, foi possível desenvolver uma aprendizagem reflexiva com os vários elementos da equipa multidisciplinar do SSO. Realça-se em especial o papel da Enfermeira Orientadora Clínica, cujo nível de perícia no contexto permitiu enriquecer as aprendizagens. Para além disso, as oportunidades de aprendizagem que o próprio contexto proporcionou foram importantes e permitiram desenvolver uma prática baseada na evidência.

Em relação às competências específicas da área de especialização em Enfermagem Comunitária presentes no Regulamento n.º 428/2018 da OE (2018), o projeto de intervenção comunitária desenvolvido foi decisivo para a sua aquisição. A metodologia de planeamento em saúde explanada no relatório confirma a aquisição de competências no domínio da avaliação do estado de saúde de uma comunidade, neste caso um grupo de profissionais de saúde.

A capacitação do grupo foi possível através das sessões de EpS, de formação e do marketing social. Heady (2018) refere que após a implementação de um programa educacional, o enfermeiro deve reservar um momento para avaliar o mesmo. Como se pôde verificar anteriormente, apesar de se terem obtido resultados positivos com o que se planeou, há sempre uma crítica a fazer. Esta crítica, em que se exploram as limitações e procuram soluções para as mesmas permite, como refere a mesma autora, melhorar a eficácia de um programa. Desta forma, podemos confirmar a natureza dinâmica da metodologia do Planeamento em Saúde.

De destacar ainda o contributo do Modelo de Sistemas de Neuman para esta capacitação, pois o mesmo permitiu colaborar com o sistema na procura do seu equilíbrio, na caracterização do seu ambiente criado e, por fim, no estabelecimento de metas mútuas, atingíveis e significativas para a mudança. O recurso a este modelo potenciou a promoção da saúde e as mudanças no comportamento do grupo de profissionais, que o Planeamento em Saúde busca, para atingir o estado de saúde pretendido.

De referir ainda neste domínio, a mobilização de disciplinas e o estabelecimento de parcerias, que foram importantes a nível pessoal e para a prática clínica. As parcerias estabelecidas com as chefias do serviço, assim como com o psicólogo foram uma mais valia para o projeto e para o desenvolvimento de competências comunicacionais e de negociação.

Para além disso, o projeto desenvolvido contribuiu para a consecução dos objetivos do PNSO, na área dos riscos psicossociais. É de enorme relevância perceber que os resultados obtidos neste tipo de projetos contribuem para alcançar esses objetivos e no final, promover ambientes de trabalho saudáveis e seguros.

De forma a complementar o desenvolvimento de competências na área de especialização de Enfermagem Comunitária, realizou-se um estágio de observação numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da periferia de Lisboa, durante os dias 8 e 12 de abril de 2019.

Durante este período observaram-se as atividades do compromisso assistencial da USF de modo a perceber o desenvolvimento dos programas da DGS que dão resposta às necessidades de saúde da população e qual o papel do EEEC neste processo. Os objetivos específicos e respetivo cronograma de atividades estão apresentados no projeto que se elaborou para o estágio, no Apêndice XVI.

Embora sendo de curta duração, revelou-se fundamental para o que se pretendia e foi necessário desenvolver uma atitude pró-ativa e de proficiência, para aproveitar ao máximo o tempo estabelecido.

No Apêndice XVII encontra-se descrito o que se desenvolveu ao longo da semana e a avaliação dos objetivos definidos para o estágio. Foi possível observar as atividades desenvolvidas em todos os programas da DGS e projetos específicos, as formas de articulação com os recursos comunitários e ter conhecimento dos projetos que estão a ser implementados pela equipa.

Realça-se uma das atividades realizadas no âmbito deste estágio, por não estar prevista. Foi sugerido pela coordenação a realização de um material educativo para o utente, por ser uma necessidade imediata da USF. Elaborou-se um guia de acolhimento, em forma de panfleto, que se apresenta no Apêndice XVIII, e que se fez com muita satisfação.

O acompanhamento da EEEC permitiu analisar a importância da sua atividade e do seu contributo para a obtenção de ganhos em saúde na população desta unidade funcional, o que enriqueceu o percurso para o desenvolvimento de competências. Segundo Benner (2001), o desafio do processo de aquisição de competências está relacionado com a reflexão das aprendizagens que a prática proporciona e faz-se percorrendo um caminho. Considero que com esta semana percorreu-se um trilha deste caminho.

Paralelamente a estas competências adquiridas, torna-se necessário abordar as correspondentes à obtenção do grau de mestre, do segundo ciclo de estudos. A

aquisição destas competências implicou desenvolver esforços nos domínios presentes nos descritores de Dublin (Direção Geral do Ensino Superior, 2011).

Inerente ao conhecimento e capacidade de compreensão e aplicação desses conhecimentos e compreensão, tal como descrito nestes domínios, é possível afirmar que durante o desenvolvimento deste projeto aprofundaram-se conhecimentos existentes, adquiriram-se novos e houve transferência dos mesmos para a prática. Embora o tema do stress ocupacional não fosse totalmente desconhecido, a abordagem comunitária permitiu focar o mesmo enquanto problema de saúde pública, de forma salutogénica, para a promoção da saúde do grupo de profissionais e não de forma individual e enfatizando a psicopatologia.

A forma como decorreu o estágio permitiu o desenvolvimento progressivo de autonomia que contribuiu para a autoaprendizagem e aquisição de competências no julgamento e tomada de decisão. O apoio conferido pelas orientações tutoriais foi determinante, assim como a relação estabelecida, quer a nível académico, quer pessoal. No local de estágio também importa realçar o apoio da equipa. Apenas desta forma foi possível concretizar o que se propôs, ultrapassar obstáculos, limitações e contingências e desenvolver aprendizagens significativas.

Ao perceber a dimensão do projeto e as limitações existentes, houve necessidade de frequentar um curso de formação sobre o mindfulness para adquirir competências e de estabelecer uma parceria com um profissional de outra disciplina. Realizar estes julgamentos e tomar estas decisões servem para melhorar os cuidados prestados.

Finalizando, e porque este tipo de projetos não deve terminar com o fim de um cronograma, pretendeu-se disseminar o conhecimento adquirido, através de jornadas e congressos. Apenas desta forma se contribui para a qualidade dos cuidados.

Apesar da dificuldade em apresentar num relatório tudo o que se desenvolveu e adquiriu durante um estágio, pretendeu-se espelhar de forma clara e sucinta o percurso realizado para aquisição de competências enquanto futura EEEC. De uma forma geral, fica a certeza de se terem atingido os objetivos propostos e que houve uma aprendizagem gradual e positiva, pautada pela motivação, empenho e, sobretudo, resiliência.

REFERÊNCIAS

- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2017). Comparação internacional do custo dos acidentes e doenças relacionados com o trabalho. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia. Acedido a: 03/2019. Disponível em:
<https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/international-comparison-cost-work-related-accidents-and/view>
- Almeida, H., Brito-Costa, S., Alberty, A., Gomes, A., Lima, P. & Castro, V. (2016). Modelos de stress ocupacional: sistematização, análise e descrição. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 2(1), 434-454. Acedido a: 04/2019. Disponível em:
<http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/309>
- Anbazhagan, A. & Rajan, L. S. (2013). A conceptual framework of occupational stress and coping strategies. *ZENITH International Journal of Business Economics & Management Research*, 3(5), 154-172. Acedido a: 04/2019. Disponível em:
https://www.researchgate.net/profile/Anbazhagan_Ajaganandam/publication/271200735_A_CONCEPTUAL_FRAMEWORK_OF_OCCUPATIONAL_STRESS_AND_COPING_STRATEGIES/links/54c0d63c0cf21674ce9ff5db/A-CONCEPTUAL-FRAMEWORK-OF-OCCUPATIONAL-STRESS-AND-COPING-STRATEGIES.pdf
- Atallah, F., McCalla, S., Karakash, S. & Minkoff, H. (2016). Please put on your own oxygen mask before assisting others: a call to arms to battle burnout. *American journal of obstetrics and gynecology*, 215(6), 731-e1. Acedido em: 07/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.08.029>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Burton, J. (2010). *WHO Healthy workplace framework and model: Background and supporting literature and practices*. Geneve: World Health Organization. Acedido a: 03/2019. Disponível em:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/113144/9789241500241_eng.pdf

- Buss, M. & Pellegrini-Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Revista de Saúde Coletiva*, 17, 77-93. Acedido a: 03/2019. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006
- Calisi, C. (2017). The effects of the relaxation response on nurses' level of anxiety, depression, well-being, work-related stress, and confidence to teach patients. *Journal of Holistic Nursing*, 35(4), 318-327. Acedido em: 07/2019. <https://doi.org/10.1177/0898010117719207>
- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. Acedido a: 04/2019. Disponível em: DOI: 10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Cox, T., Griffiths, A. & Rial-Gonzalez, E. (2000). Research on work related stress. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. Acedido a: 04/2019. Disponível em: https://osha.europa.eu/sites/default/files/publications/documents/en/publications/reports/203/TE2800882ENC_-_Research_on_Work-Related_Stress.pdf
- Direção Geral do Ensino Superior (2011). *Descritores de Dublin*. Acedido a: 9/2019. Disponível em: https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_ensino_superior_portugal_qq-eees_0.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a: 03/2019. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2016). *Direção-Geral da Saúde. Programa de Saúde Ocupacional*. Acedido a: 2019/03/01. Acedido em: 03/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/apresentacao6.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2018). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional: Extensão 2018/2020*. Lisboa: DGS. Acedido a: 03/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/programa-nacional4.aspx>
- Doré, C., Duffett-Leger, L., McKenna, M., Salsberg, J. & Breau, M. (2018). Burnout and empowerment among hemodialysis nurses in Quebec (Doctoral

dissertation). Acedido em: 07/2019. Disponível em: file:///C:/Users/andre/Downloads/Dor%C3%A9_Christina_2018_these%20(submitted%20April%2013th)%20-%20Copie.pdf

Downing, D. (2011). Enfermagem de Saúde Pública aos Níveis Local, Estadual e Nacional. In Stanhope, M. & Lancaster, J. *Enfermagem de Saúde Pública*. (Capítulo 45. p. 1121-1137) (7ª ed). Lisboa: Lusodidacta.

Evans, W. D. & McCormack, L. (2008). Applying social marketing in health care: communicating evidence to change consumer behavior. *Medical Decision Making*, 28(5), 781-792. Acedido a: 10/2019. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0272989X08318464>

Federation of Occupational Health Nurses within the European Union (2014). *Core Curriculum*. (3rd ed.) European Union: FOHNEU. Acedido a: 03/2019. Disponível em: <https://docplayer.net/12753661-1-background-and-introduction-4-2-the-concept-of-occupational-health-nursing-6-3-the-aims-of-occupational-health-nursing-8.html>

Fortin, M. F. (2003). *O processo de Investigação: Da concepção à realização*. (3ªEd.) Loures: Lusociência, Edições técnicas e científicas, Lda.

Franklin, A. (2003). Mental health and occupational health nursing. In Oakley, K. *Occupational health nursing*. (Capítulo 12. p. 225-243) (2nd ed.) London: Whurr Publishers.

Gomes, A. R. (2014). Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros. *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology*, 48(1). Acedido a: 04/2019. Disponível em: <https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/view/252>

Gomes, A. R. & Teixeira, P. (2016). Stress, cognitive appraisal, and psychological health: Testing instruments for health professionals. *Stress and Health*, 32(2), 167-172. Acedido a: 04/2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/41767>

Gomes, A. R., Cruz, J. F. & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307-318. Acedido a: 04/2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/9921>

- Goldman, M. L., Bernstein, C. A., Konopasek, L., Arbuckle, M. & Mayer, L. E. (2018). An Intervention Framework for Institutions to Meet New ACGME Common Program Requirements for Physician Well-Being. *Academic Psychiatry*, 42(4), 542-547. Acedido em: 07/2019. doi: 10.1007/s40596-018-0882-x.
- Guillaumie, L., Boiral, O. & Champagne, J. (2017). A mixed-methods systematic review of the effects of mindfulness on nurses. *Journal of advanced nursing*, 73(5), 1017-1034. Acedido em: 07/2019. <https://doi.org/10.1111/jan.13176>
- Hassard J., Teoh K., Cox T., Dewe P., Cosmar M., Gründler R., Flemming D., Cosemans B. & Van den Broek K. (2014). Cálculo do custo do stresse e dos riscos psicossociais relacionados com o trabalho – uma revisão bibliográfica. Luxemburgo: Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. Acedido a: 04/2019. Disponível em: https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/literature_reviews/calculating-the-cost-of-work-related-stress-and-psychosocial-risks/view
- Heady (2018). Health Education. In Edelman C. L. & Kudzma E. C. *Health promotion throughout the life span*. (Capítulo 10. p. 224-238) (9th ed.) Elsevier: Missouri.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do planeamento em saúde*. (3^a ed.). Lisboa: ENSP-Edições da saúde.
- Jeremias, C. & Rodrigues, F. (2011). O cuidar de enfermagem ao sistema cliente comunidade. *Revista Nursing Portuguesa*, 263. Acedido a: 04/2019. Disponível em: http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3581-o-cuidar-de-enfermagem-ao-sistema-cliente-comunidade#.XK_KYPZFzak
- Jukes, M. & Spencer, P. (2016). Neuman's Systems Model. *Nursing times*, 112(27), 20-23. Acedido a: 04/2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Mark_Jukes/publication/256686465_Neuman's_Systems_Model/links/004635239bee7b4e10000000/Neumans-Systems-Model.pdf
- Keller L. O., Strohschein S. & Briske L. (2011). Prática da Enfermagem de Saúde Pública Centrada na População: A Roda de Intervenção. In Stanhope, M. & Lancaster, J. *Enfermagem de Saúde Pública*. (Capítulo 9. p. 196-223) (7^a ed). Lisboa: Lusodidacta.

- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual review of psychology*, 44(1), 1-22. Acedido a: 04/2019. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245>
- Leka, S. & Jain, A., (2010). Health impact of psychosocial hazards at work: an overview. Geneve: WHO. Acedido a: 04/2019. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44428/9789241500272_eng.pdf;jsessionid=2D31FB012D33ADC0E9F8F7BBBAEB54FE?sequence=1
- Leka, S., Cox, T. & Zwetsloot, G. (2008). The European framework for psychosocial risk management (PRIMA-EF). *The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF, Leka S and Cox T (Eds.)*, 1-16. Acedido a: 04/2019. Disponível em: <http://www.prima-ef.org/prima-ef-book.html>
- Leka, S., Griffiths, A. & Cox, T. (2003). Work organisation and stress: systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives. Geneve: WHO. Acedido a: 04/2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42625/9241590475.pdf>
- Mackenzie, C. S., Poulin, P. A. & Seidman-Carlson, R. (2006). A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Applied nursing research*, 19(2), 105-109. Acedido em: 07/2019. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2005.08.002>
- Mauro, M. Y. C., Muzi, C. D., Guimarães, R. M. & Mauro, C. C. C. (2004). Riscos ocupacionais em saúde. *Revista Enfermagem UERJ*, 12(3), 338-45. Acedido a: 03/2019. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v12n3/v12n3a14.pdf>
- Murray, J. (2003). Marketing occupational health. In Oakley, K. *Occupational health nursing*. (Capítulo 13. p. 245-260) (2nd ed.) London : Whurr Publishers.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. (5th ed.) United States of America: Pearson.
- Nunes, M. (2016). *Cartilha metodológica do planeamento em saúde e as ferramentas de auxílio*. Lisboa: Chiado Editora.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a: 9/2019. Disponível em: https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf

Organização Mundial de Saúde (2010a). *Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais*. Brasília: SESI/DN. Acedido a: 03/2019. Disponível em: http://www.who.int/occupational_health/ambientes_de_trabalho.pdf

Organização Mundial de Saúde (2010b). Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Genebra: World Health Organization. Acedido a: 03/2019. Disponível em: file:///C:/Users/andre/Downloads/9789248563706_por.pdf

Organização Mundial de Saúde (2011). Declaração política do Rio sobre determinantes sociais da saúde. In *Conferência mundial sobre determinantes sociais da saúde*. Organização Mundial de Saúde: Rio de Janeiro. Acedido a: 03/2019. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/10/Rio-Political-Declaration-on-SDH-20111021.pdf>

Organização Mundial de Saúde (2014). O enfermeiro do trabalho na gestão em saúde ocupacional. Organização Mundial de Saúde: Copenhaga. Acedido a 03/2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8894/livroenfermagemtrabalhooms_vfinal_proteg.pdf

Pereira, R. E. (2011). *Metodologia da determinação de prioridades no planeamento regional de saúde: uma proposta*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Acedido a: 10/2019. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/9583/3/RUN%20%20Disserta%c3%a7%c3%a3o%20de%20Mestrado%20-%20Raquel%20Eus%c3%a9bio%20Pereira.pdf>

Peters M. D. J., Godfrey C., McInerney P., Baldini S. C, Khalil H. & Parker D. (2017) Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute. Acedido 6/2019. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

Pinho, R. (2015). Fatores de risco/riscos psicossociais no local de trabalho. Lisboa: DGS. Acedido a: 03/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-diversos/trabalho-da-rute-pinho1.aspx>

- Quick, J. & Henderson, D. (2016). Occupational stress: preventing suffering, enhancing wellbeing. *International journal of environmental research and public health*, 13(5), 459. Acedido a: 04/2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4881084/>
- Regulamento n.º 140/2019 da OE. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. In *Diário Da República*. N.º 26/2019, Série II (06/02/2019), 4744 - 4750. Acedido a: 09/2019. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Regulamento n.º 428/2018 da OE. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. In *Diário da República*. N.º 135, Série II (16/07/2018) 19354 - 19359. Acedido a: 03/2019. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115698616/details/normal?l=1>
- Ribeiro, J. L. P. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 22(2), 387-397. Acedido a: 03/2019. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n2/v22n2a07.pdf>
- Ribeiro, J. L. P. & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15. Acedido a: 04/2019. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S164500862004000100001&script=sci_arttext&tlng=es
- Ribeiro, J. L. P. (1993). Características Psicológicas Associadas à Saúde em Estudantes, Jovens, da Cidade do Porto. Dissertação de Doutoramento em Psicologia não publicada. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Acedido a: 03/2019. Disponível em: <file:///C:/Users/andre/Downloads/29476.pdf>
- Rogers, B. (2011). O Enfermeiro de Saúde no Trabalho. In Stanhope, M. & Lancaster, J. *Enfermagem de Saúde Pública*. (Capítulo 43. p. 1070-1095) (7ª ed). Lisboa: Lusodidacta.

Sacadura-Leite, E. & Sousa-Uva, A. (2012). Fatores indutores de stress em profissionais de saúde. *Saúde e Trabalho*, 8, 7-21. Acedido a: 04/2019. Disponível em:

https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/30880314/01.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1555789287&Signature=vejOmd2KC0K9FO5Lkoggejy29c%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DFatores_indutores_de_stress_em_profissio.pdf

Souza, O., Silva, D. & Silva, O. (2013). Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da " questão social". *Saúde e Sociedade*, 22, 44-56. Acedido a: 03/2019. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902013000100006&script=sci_arttext

Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: DRHS-Ministério da Saúde.

Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S. & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(3), 167-176. Acedido a: 04/2019 Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000376585>

Ume-Nwagbo, P. N., DeWan, S. A. & Lowry, L. W. (2006). Using the Neuman systems model for best practices. *Nursing Science Quarterly*, 19(1), 31-35. Acedido a: 04/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0894318405284125>

Verberk, F. & Fawcett, J. (2017). Thoughts About Created Environment: A Neuman Systems Model Concept. *Nursing science quarterly*, 30(2), 179-181. Acedido a: 04/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0894318417693316>

Westermann, C., Kozak, A., Harling, M. & Nienhaus, A. (2014). Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: Systematic literature review. *International journal of nursing studies*, 51(1), 63-71. Acedido a: 07/2019. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.12.001>

World Health Organization (1998). Wellbeing measures in primary health care/the DEPCARE project: report on a WHO meeting, Stockholm, Sweden 12-13 February 1998. In *Wellbeing measures in primary health care/the DEPCARE*

project: report on a WHO meeting, Stockholm, Sweden 12-13 February 1998.

Acedido a: 04/2019. Disponível em:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/130750/E60246.pdf

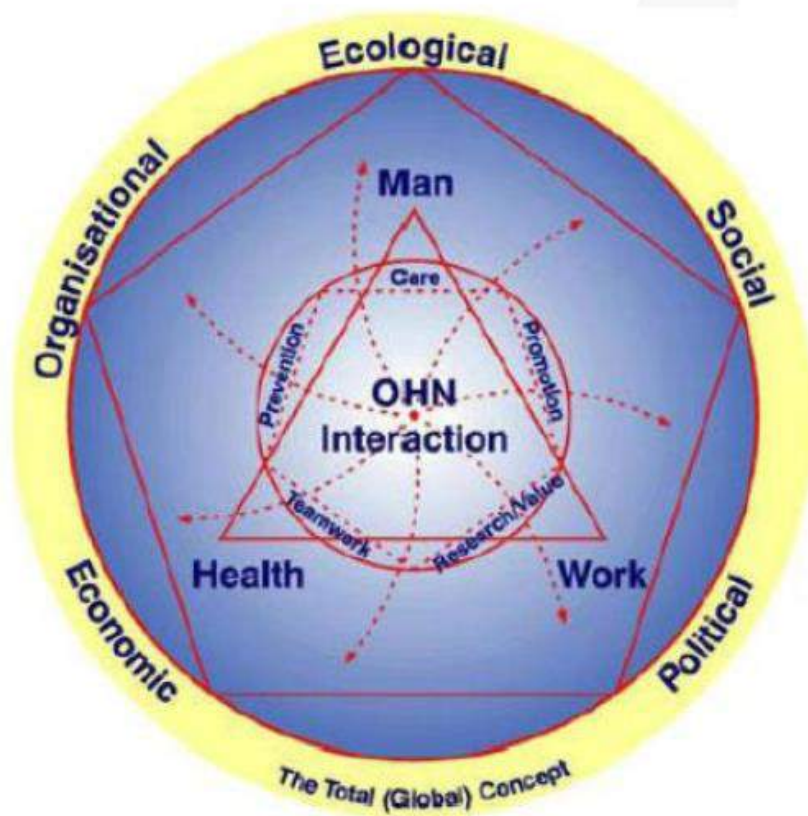
World Health Organization (2012). *Health Education: Theoretical Concepts, effective strategies and core competencies*. Acedido a: 10/2019. Disponível em: http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf

World Health Organization (2017). Promoting health in the SDGs: report on the 9th Global conference for health promotion. In *All for health, health for all*. WHO: Shanghai. Acedido a: 03/2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259183/WHO-NMH-PND-17.5-eng.pdf>

ANEXOS

ANEXO I – Modelo Conceptual de Hanasaari

Modelo Conceptual de Hanasaari

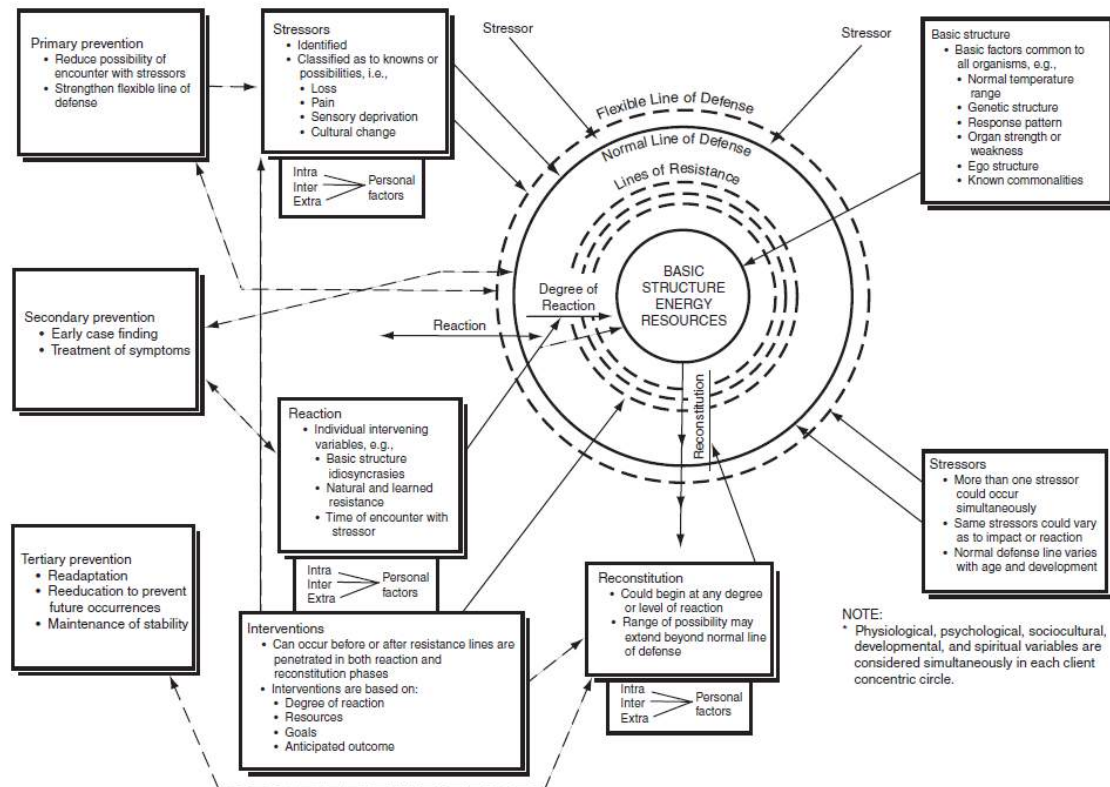


Federation of Occupational Health Nurses within the European Union (2014). *Core Curriculum*. (3rd ed.) European Union: FOHNEU.

ANEXO II – Modelo de Sistemas de Neuman

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

Modelo de Sistemas de Neuman



Original diagram copyright © 1970 by Betty Neuman

Neuman & Fawcett (2011)

ANEXO III - Autorizações do autor do Questionário de Atitudes e
Comportamentos de Saúde e Inventário *Brief COPE*

De: José Luis Pais Ribeiro

Enviado: 10 de março de 2019 09:32

Para: Andreia Rocha

Assunto: RE: Pedido de autorização para utilização do Questionário de Atitudes e Comportamentos em saúde

Cara colega

Autorizo o uso da versão Questionário de Atitudes e Comportamentos em Saúde que estudei e desenvolvi para uso com a população Portuguesa.

cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

jpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

De: Andreia Rocha [andreia.rocha@campus.esel.pt]

Enviado: sábado, 9 de Março de 2019 18:42

Para: José Luis Pais Ribeiro

Assunto: Pedido de autorização para utilização do Questionário de Atitudes e Comportamentos em saúde

Boa tarde Exmo. Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro.

Eu, Andreia Eliana F. Rocha, enfermeira, a frequentar o mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho por este meio solicitar a sua autorização para a utilização do “Questionário de Atitudes e Comportamentos em saúde” no Projeto de Intervenção Comunitária que iniciei no Serviço de [REDACTED] orientado pela Sr.ª Prof.ª Dr.ª Maria de Fátima Moreira.

Agradeço a sua atenção e aguardo a sua resposta.

Com os melhores cumprimentos.

Andreia Rocha

Enviado do [Correio](#) para Windows 10

De: José Luis Pais Ribeiro

Enviado: 9 de abril de 2019 10:02

Para: Andreia Rocha

Assunto: RE: Pedido de autorização para utilização do Inventário Brief COPE

Cara colega

Autorizo o uso da versão Inventário Brief COPE que adaptei para a população Portuguesa.

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

jpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

De: Andreia Rocha [andrea.rocha@campus.esel.pt]

Enviado: sábado, 6 de Abril de 2019 16:37

Para: José Luis Pais Ribeiro

Assunto: Pedido de autorização para utilização do Inventário Brief COPE

Boa tarde Exmo. Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro.

Eu, Andreia Eliana F. Rocha, enfermeira, a frequentar o mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho por este meio solicitar a sua autorização para a utilização do "Inventário Brief COPE" no Projeto de Intervenção Comunitária que iniciei no [REDACTED]

[REDACTED] orientado pela Sr.ª Prof.ª Dr.ª Maria de Fátima Moreira.

Agradeço a sua atenção e aguardo a sua resposta.

Com os melhores cumprimentos.

Andreia Rocha

Enviado do [Correio](#) para Windows 10

ANEXO IV - Autorização do autor do Questionário de Stress nos
Profissionais de Saúde

De: António Rui Silva Gomes

Enviado: 7 de abril de 2019 16:07

Para: Andreia Rocha

Assunto: RE: Pedido de autorização para utilização do Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS)

Em anexo

Rui Gomes

Professor Auxiliar / Assistant Professor

Universidade do Minho / University of Minho

Escola de Psicologia / School of Psychology

Campus de Gualtar

4710-057 Braga

Portugal

Tel: +351 253.604.232 / Fax: +351 253.604.224. Gabinete 1.75

www.psi.uminho.pt (Escola de Psicologia / School of Psychology)

www.ardh.pt (Grupo de investigação / Research Group)



De: Andreia Rocha <andrea.rocha@campus.esel.pt>

Enviada: 6 de abril de 2019 22:10

Para: António Rui Silva Gomes <rgomes@psi.uminho.pt>

Assunto: Pedido de autorização para utilização do Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS)

Importância: Alta

Boa noite Exmo. Professor Doutor Rui Gomes.

Eu, Andreia Eliana F. Rocha, enfermeira, a frequentar o mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho por este meio solicitar a sua autorização para a utilização do “Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS)” no Projeto de Intervenção Comunitária que iniciei no Serviço de [REDACTED] orientado pela Sr.ª Prof.ª Dr.ª Maria de Fátima Moreira.

Agradeço a sua atenção e aguardo a sua resposta.

Com os melhores cumprimentos.

Andreia Rocha

Enviado do [Correio](#) para Windows 10

ANEXO V – Procedimentos éticos no Centro Hospitalar

Presidente

Vice-Presidente

Membros

Exma. Senhora

Enfermeira Andreia Eliana Farroba Rocha

Lisboa, 14 de Junho de 2019

Nossa Ref.º

Assunto: Projeto "Stress Ocupacional e comportamentos de saúde dos profissionais de um Centro Hospitalar: intervenção especializada em Enfermagem Comunitária"

Relator -

Pela presente informamos que o projeto citado em epígrafe, a realizar no âmbito do Mestrado da área de especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, obteve, na reunião realizada em 4 de Junho de 2019, parecer favorável da Comissão de Ética, considerando-se observados os imperativos que fundeiam as Boas práticas clínicas, os preceitos internacionalmente reconhecidos de qualidade ética e científica que devem ser respeitados na conceção e na realização dos estudos clínicos que envolvam a participação de seres humanos.

No uso das competências próprias constantes do disposto no Decreto-Lei. N.º 97/95 de 10 de Maio, e no exercício das suas funções em observância do deliberado na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril, que aprova a lei da investigação clínica, revista pelo Decreto-Lei n.º 80/2018 (DR n.º 198-2018, Série I de 2018/10/15) que reforça o papel das comissões de ética no contexto da instituição em que se integram nas diversas vertentes relevantes, nomeadamente, assistencial, institucional de investigação e de formação, e ainda em cumprimento dos regulamentos internos do [redacted] dos códigos deontológicos, das convenções, declarações e diretrizes internacionais, a Comissão de Ética avaliou o estudo, que considera obedecer aos requisitos éticos fundamentais que devem ser respeitados, refletindo o primado da dignidade e da integridade humanas

Encontra-se assegurado o direito à integridade moral e física do participante, cumpre as precauções essenciais tendo como designio minimizar eventuais danos para os seus direitos de personalidade, bem como o direito à privacidade e à proteção dos dados pessoais que lhe dizem respeito, em harmonia com o respetivo regime jurídico.

Com os melhores cumprimentos,

COMISSÃO DE
ÉTICA DO [redacted]

Exmo. Senhor

Prof. Doutor [REDACTED]

Presidente da Comissão de Ética [REDACTED]
[REDACTED]

Lisboa, 10 de Maio de 2019

Autorizo que o estudo "Stress ocupacional e comportamentos de saúde dos profissionais de um Centro Hospitalar: intervenção especializada de Enfermagem Comunitária", se realize no Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula, com a Enf.ª Andreia Eliana Farroba Rocha como Investigador Principal.

Com os melhores cumprimentos

Diretor do Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula

[REDACTED]

[REDACTED]

Exma. Sra.
Enf.^a Andreia Rocha

Assunto: Pedido para aplicação de questionário

Vimos por este meio informar que se encontra autorizada a aplicar um inquérito por questionário aos elementos das equipas de Enfermagem e de Assistentes Operacionais do Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula do [REDACTED] (Hospital de Dia, Hemato-oncologia - internamento e Unidade de Transplantes de Medula Óssea – UTMO), no âmbito do estágio integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Mais informamos que deverá enviar uma cópia do trabalho final para o e-mail da Direção de Enfermagem – [REDACTED]
[REDACTED]

Com os nossos cumprimentos,
[REDACTED] 6 de junho de 2019

A Enfermeira Diretora
[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

ANEXO VI – Certificado de frequência no curso de Professor de Meditação
& Mindfulness



Escola Mude Aqui & Agora!

Andreia Rocha

Professora de Meditação & Mindfulness 2019

Certifica-se que o Aluno acima indicado completou com aproveitamento o **Curso de Professor de Meditação & Mindfulness**, estando totalmente qualificado para o ensino das técnicas em sala de aula.
(22h)

Formador: Alexandre Vasconcelos Shanti

Escola de Formação de Professores e Desenvolvimento Pessoal "Mude Aqui e Agora!" **Certificação Internacional**



www.mudeaquieagora.com | info@mudeaquieagora.com | +351 91521 61 45

APÊNDICES

APÊNDICE I – Estratégia de pesquisa da revisão *scoping* e PRISMA
flow diagram

Questão de investigação:

↳ Que estratégias de intervenção para reduzir o stress ocupacional em profissionais de saúde, são implementadas nos Serviços de Saúde Ocupacional?

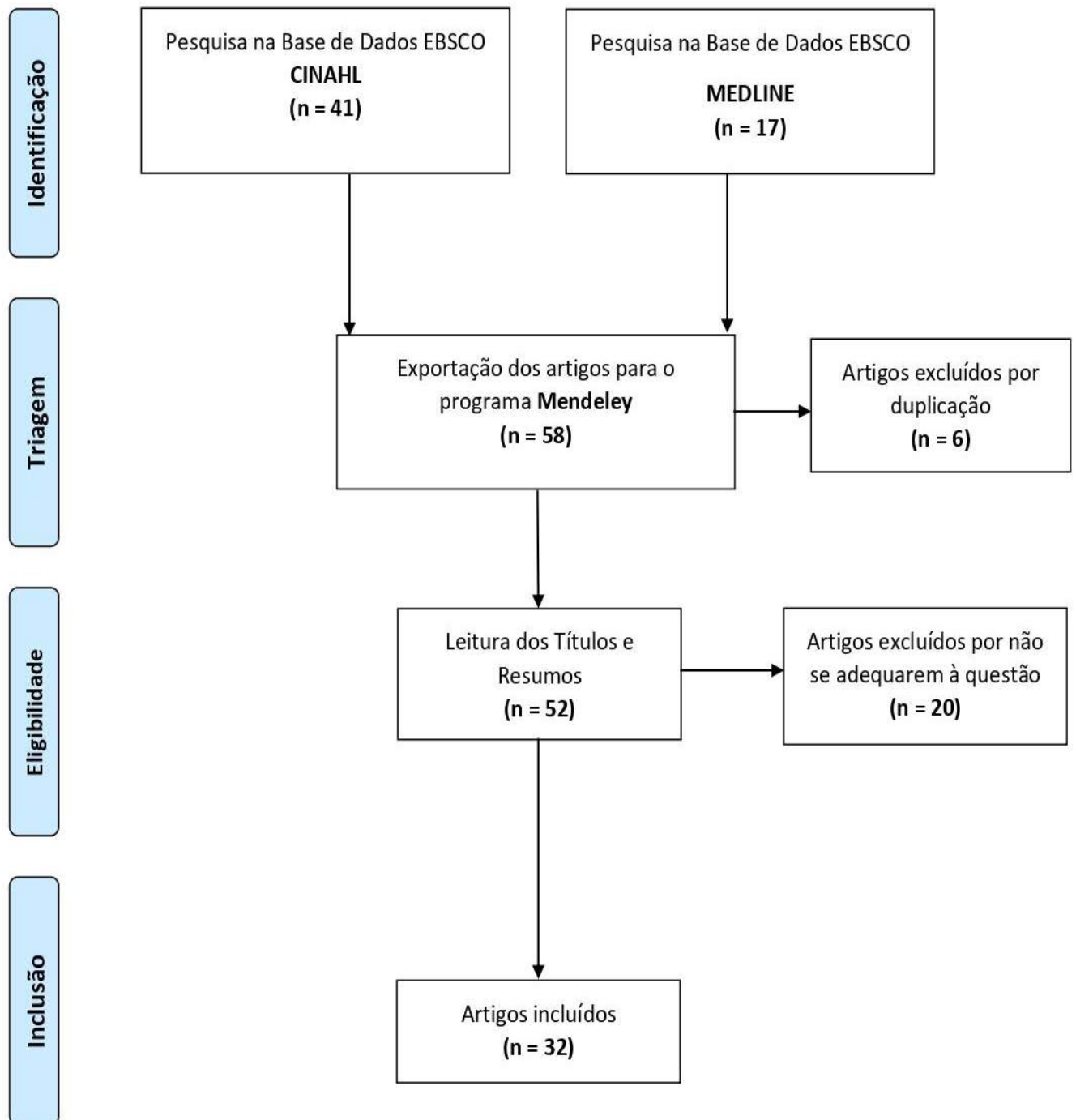
| Estratégia de Pesquisa | | | |
|--|--|---|-----------|
| CINAHL: Palavras-chave / Termos Indexantes / artigos obtidos | | | |
| População | Conceito | Contexto | |
| (S1) <i>Healthcare workers</i> 6,138 | (S4) <i>Stress management</i> 8,471 | (S11) Occupational health 34,961 | |
| (S2) MM "Health Personnel+" 299,836 | (S5) MM "Stress Management" 3,483 | (S12) MM "Occupational Health+" 36,638 | |
| | (S6) MM "Stress Occupational+" 13,652 | (S13) MM "Occupational Health Services+" 4,494 | |
| | (S7) Stress intervention 101 | | |
| | (S8) Stress prevention 1,363 | | |
| | (S9) Health promotion 63,577 | | |
| | (S10) MM "Health Promotion+" 36,672 | | |
| (S3) S1 OR S2 303,709 | (S14) S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 21,915 | (S16) S11 OR S12 OR S13 54,942 | |
| | (S15) S9 OR S10 65,299 | | |
| Frase booleana | S3 AND S14 AND S15 AND S16 | | 85 |
| Filtros | Texto integral; Artigo Académico. | | Total: 41 |

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

| Estratégia de Pesquisa | | |
|---|--|--|
| MEDLINE: Palavras-chave / Termos Indexantes / artigos obtidos | | |
| População | Conceito | Contexto |
| (S1) <i>Healthcare workers</i> 8,366 | (S4) <i>Stress management</i> 4,473 | (S10) Occupational health 74,599 |
| (S2) MM "Health Personnel+" 351,012 | (S5) MM "Occupational Stress+" 8,431 | (S11) MM "Occupational Health Services" 7,730 |
| | (S6) Stress intervention 177 | (S12) MM "Occupational Health Nursing" 3,321 |
| | (S7) Stress prevention 235 | |
| | (S8) Health promotion 104,465 | |
| | (S9) MM "Health Promotion+" 47,591 | |
| (S3) S1 OR S2 356,452 | (S13) S4 OR S5 OR S6 OR S7 13,030 | (S15) S10 OR S11 OR S12 74,599 |
| | (S14) S8 OR S9 106,066 | |
| Frase booleana | S3 AND S13 AND S14 AND S15 24 | |
| Filtros | Texto integral; Artigo Académico. Total: 17 | |



PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

APÊNDICE II – Análise dos artigos da revisão *scoping*

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

| Análise dos artigos da revisão scoping | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|
| Artigo | Autores Ano | Título | Local População | Objetivos Metodologia | Resultados |
| 1 | Mackenzie, Poulin & Seidman-Carlson 2006 | <i>A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides.</i> | Hospital Universitário urbano geriátrico. Enfermeiros e auxiliares de enfermagem. | Descrever e avaliar a eficácia de um programa de mindfulness. Estudo quasi-experimental. | Um programa de mindfulness de 4 semanas é um método promissor para a gestão do stress. |
| 2 | Motley & Prelip 2011 | <i>Assessing Hospital Employees' Readiness for Change for a Workplace Wellness Program.</i> | Hospital. Profissionais de saúde. | Medir as atitudes dos profissionais em relação à saúde e comportamentos de saúde; fornecer orientações para planejar intervenções para um programa de bem-estar no local de trabalho. Estudo transversal. | Os temas principais encontrados foram a promoção do exercício, o controlo de peso e a gestão de stress. Sugerem uma abordagem holística para o bem-estar no local de trabalho, incorporando "corpo", "mente" e "espírito". |
| 3 | Westermann, Kozak, Harling & Nienhaus 2014 | <i>Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: systematic literature review.</i> | Serviços de cuidados geriátricos de longa duração. Profissionais de saúde. | Identificar e analisar o efeito de intervenções na redução do burnout. Revisão sistemática. | Intervenções orientadas para a organização do trabalho alcançam efeitos a longo prazo. Intervenções direcionadas à pessoa alcançam efeitos a curto prazo. |
| 4 | Tuisku, Pulkki-Råback & Virtanen 2016 | <i>Cultural events provided by employer and occupational wellbeing of employees: A cross-sectional study among hospital nurses.</i> | Hospital Universitário de Helsinquia Enfermeiros. | Examinar a associação entre bem-estar e participação em eventos culturais fornecidos pelo empregador (teatro, concertos, exposições, museus, passeios e musicais). Estudo transversal. | Eventos culturais coletivos para funcionários podem promover aspetos positivos do bem-estar ocupacional. |
| 5 | Kreitzer & Klatt 2017 | <i>Educational innovations to foster resilience in the health professions.</i> | Universidade de Minnesota, Universidade de Georgetown e Universidade do Estado do Ohio Estudantes e graduados na área da saúde. | Capacitar os profissionais a desenvolverem resiliência e promover o bem-estar através de um curso online com intervenções de mindfulness. Estudo observacional. | Competências adquiridas através de inovações educacionais tecnológicas ajudam os profissionais a desenvolver a resiliência para evitar o burnout. |

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

| Artigo | Autores Ano | Título | Local População | Objetivos Metodologia | Resultados |
|--------|--|---|--|--|---|
| 6 | Wu, Liu, Wang, Gao Zhao & Wang 2013 | <i>Factors associated with burnout among Chinese hospital doctors: a cross-sectional study.</i> | Hospital Universitário da China. Médicos. | Identificar o stress ocupacional. Estudo transversal. | O stress ocupacional está fortemente relacionado com o burnout. Estratégias que visam melhorar as situações de trabalho e diminuir o stress ocupacional são necessárias para reduzir o burnout, incluindo programas de educação para a saúde e promoção da saúde ocupacional. |
| 7 | Foster, Cuzzillo & Furness 2018 | <i>Strengthening mental health nurses' resilience through a workplace resilience programme: A qualitative inquiry.</i> | Serviços de saúde mental. Enfermeiros. | Explorar as perspectivas dos enfermeiros de saúde mental que participaram num programa de resiliência. Estudo qualitativo, exploratório. | Programas de resiliência podem ajudar a melhorar a autoeficácia e a capacidade de avaliar realisticamente situações stressantes e moderar as respostas emocionais. |
| 8 | Gao, Pan Sun Wu Wang & Wang 2012 | <i>Depressive symptoms among Chinese nurses: prevalence and the associated factors.</i> | Hospital Universitário da China. Enfermeiros. | Explorar a distribuição de sintomas depressivos e os fatores associados. Estudo transversal. | Mais da metade dos enfermeiros apresentava sintomas depressivos. Promover estilos de vida saudáveis, estratégias de gestão de stress e medidas para melhorar os aspetos sociais do ambiente de trabalho podem ser úteis para reduzir os sintomas depressivos. |
| 9 | Goldman, Bernstein, Konopasek, Arbuckle & Mayer 2018 | <i>An Intervention Framework for Institutions to Meet New ACGME Common Program Requirements for Physician Well-Being.</i> | Estados Unidos da América. Médicos. | Descrever boas práticas baseadas na evidência que visem os fatores específicos de promoção da saúde e bem-estar organizacional Revisão da literatura. | Promover o bem-estar dos médicos deve ser um objetivo fundamental dos sistemas de cuidados de saúde. Para isso deve-se garantir a formação nessa área. |

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

| Artigo | Autores Ano | Título | Local População | Objetivos Metodologia | Resultados |
|--------|--|--|---|--|--|
| 10 | Guillaumie, Boiral & Champagne 2017 | <i>A mixed-methods systematic review of the effects of mindfulness on nurses.</i> | Sem local. Enfermeiros, estudantes de enfermagem e auxiliares de enfermagem. | Avaliar os efeitos de intervenções baseadas em mindfulness. Revisão sistemática. | O mindfulness pareceu melhorar a saúde mental dos enfermeiros significativamente. Pode ser usado em programas de promoção de saúde no local de trabalho. |
| 11 | McElligott, Siemers, Thomas & Kohn 2009 | <i>Health promotion in nurses: Is there a healthy nurse in the house?</i> | Hospital. Enfermeiros. | Examinar os comportamentos de saúde utilizando o Modelo de Promoção da Saúde. Estudo transversal. | Os resultados apoiam a necessidade do desenvolvimento de enfermagem ocupacional holística, com intervenções para promover o autocuidado e o bem-estar, atividades que promovam a gestão de stress, massagens, reflexologia e meditação. |
| 12 | Hochwälder 2007 | <i>The psychosocial work environment and burnout among Swedish registered and assistant nurses: The main, mediating, and moderating role of empowerment.</i> | Hospitais e Cuidados de Saúde Primários em Estocolmo. Enfermeiros. | Explorar o efeito do <i>empowerment</i> no <i>burnout</i> . Estudo transversal. | A melhoria do ambiente de trabalho está associada com um maior sentido de <i>empowerment</i> que, por sua vez, está relacionado com baixos níveis de <i>burnout</i> . |
| 13 | Kushnir & Cohen 2006 | <i>Job structure and burnout among primary care pediatricians.</i> | Clínicas comunitárias. Pediatras. | Investigar a associação entre organização de trabalho e <i>burnout</i> . Estudo transversal. | O <i>burnout</i> pode ser reduzido modificando a organização do trabalho para incluir mais interações profissionais com colegas e atividades mais variadas e desafiadoras, como ensinar estudantes de medicina, participar em pesquisas e atividades de promoção de saúde comunitária. |

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

| Artigo | Autores Ano | Título | Local População | Objetivos Metodologia | Resultados |
|--------|---|---|--|---|---|
| 14 | Mustafaei Najaf-Abadi & Rezaei 2018 | <i>Health-promoting behaviours of Iranian nurses and its relationship with some occupational factors: A cross sectional study.</i> | Hospital. Enfermeiros. | Avaliar a prevalência de comportamentos promotores de saúde. Estudo transversal. | A gestão de stress e a dimensão da atividade física tiveram a menor pontuação média. Os comportamentos saudáveis devem ser promovidos, com ênfase na gestão de stress e atividade física. |
| 15 | Wilson, Kemper, Schubert, Batra, Staples, Serwint, ... & Mahan 2017 | <i>National landscape of interventions to improve pediatric resident wellness and reduce burnout.</i> | Estados Unidos da América. Membros da Associação de Pediatria: diretores e pediatras. | Avaliar as intervenções do programa de formação médica destinadas a promover o bem-estar dos formandos. Estudo transversal. | Este estudo nacional demonstra que 98% dos programas têm intervenções para promover o bem-estar e reduzir o <i>burnout</i> , mas a maioria não são baseadas na evidência. |
| 16 | Kurnat-Thoma, El-Banna, Oakcrum & Tyroler 2017 | <i>Nurses' health promoting lifestyle behaviors in a community hospital.</i> | Hospitais. Enfermeiros. | Examinar os comportamentos para a promoção de saúde e descrever os benefícios de um programa de bem-estar. Estudo transversal. | Enfermeiros com idade ≥40 anos podem beneficiar de apoio adicional do empregador e orientação para promover e manter estilos de vida saudáveis, bem-estar pessoal e relações interpessoais positivas. |
| 17 | Nowrouzi, Lightfoot, Larivière, Carter, Rukholm, Schinke & Belanger-Gardner 2015 | <i>Occupational stress management and burnout interventions in nursing and their implications for healthy work environments: A literature review.</i> | Canadá. Enfermeiros. | Avaliar as intervenções associadas a ambientes de trabalho saudáveis e a qualidade de vida no trabalho, visando o stress ocupacional e o desgaste profissional. Revisão da literatura. | São feitas recomendações para melhorar os ambientes de trabalho e a qualidade de vida no trabalho através de programas de promoção da saúde. |

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

| Artigo | Autores Ano | Título | Local População | Objetivos Metodologia | Resultados |
|--------|--|---|---|---|--|
| 18 | Doré, Duffett-Leger, McKenna, Salsberg & Breau 2018 | <i>Participatory action research to empower hemodialysis nurses and reduce risk of burnout.</i> | Serviços de hemodiálise de hospitais universitários ou unidades de apoio, na região de Montreal, na província de Quebec. Enfermeiros de hemodiálise. | Perceber que informações e elementos devem ser incluídos num site para promover o <i>empowerment</i> e reduzir o risco de <i>burnout</i> . Estudo qualitativo exploratório através de <i>focus group</i> . | O estudo desenvolveu recomendações para a criação de um futuro site profissional para promover o <i>empowerment</i> e reduzir o risco de <i>burnout</i> . |
| 19 | Perry, Nicholls, Duffield & Gallagher 2017 | <i>Building expert agreement on the importance and feasibility of workplace health promotion interventions for nurses and midwives: A modified Delphi consultation.</i> | Estados Unidos da América. Enfermeiros. | Determinar a importância e a viabilidade de intervenções de promoção da saúde no local de trabalho. Estudo qualitativo exploratório através da técnica de Delphi modificada. | As estratégias de saúde mental foram priorizadas como as mais importantes e viáveis dos tópicos de intervenção, seguidos da alimentação saudável e atividade física. A cessação tabágica foi menos relevante. Intervenções relacionadas com a alimentação saudável, a gestão do stress e a promoção da resiliência foram as mais avaliadas. |
| 20 | Atallah, McCalla, Karakash & Minkoff 2016 | <i>Please put on your own oxygen mask before assisting others: a call to arms to battle burnout.</i> | Sem local. Médicos. | Analisar a dimensão problemática do <i>burnout</i> , descrever o que pode ser feito para promover o bem-estar dos médicos. Revisão da literatura. | Justifica-se uma abordagem multidisciplinar e as soluções potenciais devem ter em conta fatores externos e internos, bem como questões de viabilidade, impacto e custo. Intervenções que podem desempenhar um papel importante incluem terapia cognitiva-comportamental, comunicação, programas de bem-estar e melhoria das condições de trabalho. |

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

| Artigo | Autores Ano | Título | Local População | Objetivos Metodologia | Resultados |
|--------|---|--|--|---|--|
| 21 | Tavares, Farias, Nascimento & Oliveira Souza 2016 | <i>Produção científica sobre a ocorrência da síndrome de burnout em residentes de enfermagem: revisão integrativa.</i> | Sem local. Enfermeiros. | Descrever as evidências científicas que abordam a ocorrência da síndrome de <i>burnout</i> . Revisão integrativa da literatura. | Verifica-se que há a necessidade de instituir medidas de proteção da saúde e ações preventivas para doenças ocupacionais, stress ocupacional e <i>burnout</i> , com articulação com todos os departamentos envolvidos. |
| 22 | Stewart & Terry 2014 | <i>Reducing burnout in nurses and care workers in secure settings.</i> | Sem local. Profissionais de saúde. | Identificar intervenções educacionais para reduzir o <i>burnout</i> e promover o bem-estar. Revisão sistemática. | Há evidência científica de que a supervisão clínica e a intervenção psicológica são bem sucedidas na redução do <i>burnout</i> . Grupos de apoio podem ajudar a gerir stress. |
| 23 | Silva, Borges, Abreu, Queirós, Baptista & Felli 2016 | <i>Relação entre resiliência e burnout: promoção da saúde mental e ocupacional dos enfermeiros.</i> | Hospitais públicos da área metropolitana do Porto. Enfermeiros. | Conhecer os níveis de resiliência e <i>burnout</i> no sentido de verificar se a resiliência pode ajudar na promoção da saúde mental e ocupacional. Estudo transversal. | A resiliência pode ajudar a reduzir a vulnerabilidade dos enfermeiros ao <i>burnout</i> , pois elevada resiliência está relacionada com menos stress. |
| 24 | Oh, Shin, Go & Pratibha 2014 | <i>The Effect of Job Stress on Health Promoting Behaviors among Nurses: Mediating Selection, Optimization and Compensation Strategy.</i> | Hospitais gerais da Coreia. Enfermeiros. | Determinar o efeito da aplicação do Modelo Seleção, Otimização e Compensação (SOC) na relação entre o stress no trabalho e comportamentos promotores de saúde. Estudo transversal. | O Modelo SOC mediou a relação entre o stress no trabalho e os comportamentos de promoção da saúde. A aplicação de estratégias SOC aumentará a flexibilidade na resposta ao stress no trabalho e na promoção de comportamentos saudáveis. |

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

| Artigo | Autores Ano | Título | Local População | Objetivos Metodologia | Resultados |
|--------|--|--|--|--|--|
| 25 | Calisi 2017 | <i>The effects of the relaxation response on nurses' level of anxiety, depression, well-being, work-related stress, and confidence to teach patients.</i> | Hospital geral de Massachusetts, unidades de cardiologia. Enfermeiros. | Avaliar os efeitos do relaxamento nos níveis de ansiedade, depressão, bem-estar e stress relacionado com o trabalho. Estudo quasi-experimental. | Os enfermeiros mostraram-se receptivos na aprendizagem sobre o relaxamento e relataram usar esta estratégia com os seus utentes. Estudos maiores podem revelar reduções mais significativas stress e ansiedade no local de trabalho. |
| 26 | MacDonald & Davidson 2000 | <i>The wellness program for medical faculty at the University of Ottawa: a work in progress.</i> | Universidade de Ottawa. Médicos. | Desenvolver as metas e as estratégias de um programa de Wellness. Task force. | A primeira parte do desenvolvimento de um programa de Wellness permitiu aumentar a consciencialização do stress e da necessidade de um programa de apoio individual para indivíduos vulneráveis. |
| 27 | Doran, Resnick, Alghzawi & Zhu 2018 | <i>The worksite heart health improvement project's impact on behavioral risk factors for cardiovascular disease in long-term care: A randomized control trial.</i> | Serviços de internamento de longa duração. Profissionais de saúde de serviços de internamento de longa duração. | Avaliar o impacto de um projeto de intervenção sobre os fatores de risco subjetivos e comportamentais na saúde cardíaca. Estudo quasi-experimental. | O programa demonstrou a capacidade de melhorar o humor, o sono e a ingestão de sódio dos participantes. Demonstrou a viabilidade de intervenções para o exercício físico, nutrição e gestão de stress. |
| 28 | Tveito & Eriksen 2009 | <i>Integrated health programme: a workplace randomized controlled trial.</i> | Lar de idosos na Noruega. Enfermeiros e auxiliares de enfermagem. | Avaliar a eficácia de um Programa Integrado de promoção da Saúde. Estudo quasi-experimental. | O Programa Integrado de promoção da Saúde não foi efetivo na redução de queixas subjetivas de saúde, mas pareceu útil para aumentar a satisfação no trabalho e o bem-estar dos funcionários. |

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

| Artigo | Autores Ano | Título | Local População | Objetivos Metodologia | Resultados |
|--------|---|---|---|---|--|
| 29 | Jacques, Ribeiro, Scholze, Galdino, Martins & Ribeiro 2018 | <i>Wellness room as a strategy to reduce occupational stress: quasi-experimental study.</i> | Bloco operatório de um hospital brasileiro. Enfermeiros. | Comparar os níveis de stress ocupacional antes e apos uma intervenção “sala de bem-estar”. Estudo quasi-experimental. | A intervenção “sala de bem-estar” reduziu os níveis de stress ocupacional, apesar de não ser significativa. |
| 30 | Niks, Jonge, Gevers & Houtman 2018 | <i>Work Stress Interventions in Hospital Care: Effectiveness of the DIScovery Method.</i> | Hospital geral na Holanda. Profissionais de saúde. | Avaliar a eficácia do método DIScovery (diagnóstico de fatores de risco psicossociais no trabalho e desenvolvimento e implementação de intervenções para o stress ocupacional). Estudo quasi-experimental. | Foram encontradas mudanças positivas no grupo de intervenção em relação ao grupo de controle, correspondentes ao bem-estar e desempenho. |
| 31 | Wu, Liu, Sun, Zhao, Wang & Wang 2014 | <i>Factors related to burnout among Chinese female hospital nurses: cross-sectional survey in Liaoning Province of China.</i> | Hospital Universitário na China. Enfermeiras. | Explorar os fatores associados ao <i>burnout</i> . Estudo transversal. | O stress ocupacional foi identificado como o preditor mais robusto de <i>burnout</i> . Reduzir o <i>burnout</i> pode exigir educação para a saúde em programas de promoção da saúde e formação profissional. |
| 32 | Alexander, Rollins, Walker, Wong & Pennings 2015 | <i>Yoga for self-care and burnout prevention among nurses.</i> | Hospital Universitário. Enfermeiros. | Avaliar a eficácia do ioga na redução do <i>burnout</i> . Estudo quasi-experimental. | Os participantes relataram aumento do autocuidado, menos exaustão emocional e despersonalização após a conclusão de uma intervenção de 8 semanas da prática de ioga. |

APÊNDICE III – Consentimento Informado

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

10º MESTRADO DE ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE para Investigação Clínica

Parte Informativa

| | |
|---|---|
| 1. Título do projecto | “Stress ocupacional e comportamentos de saúde dos profissionais de um Centro Hospitalar: intervenção especializada de Enfermagem Comunitária” |
| 2. Descrição do projecto, sua natureza e objetivo | <p>A interação trabalho-saúde pode resultar em dano para a saúde devido à presença de riscos ocupacionais. Os riscos psicossociais têm sido relacionados ao stress ocupacional, que é reconhecido como uma das principais causas de doenças profissionais e de comportamentos não saudáveis.</p> <p>A sua colaboração neste projeto consiste inicialmente na resposta a um questionário relacionado com características sociodemográficas, trabalho, comportamentos de saúde e stress ocupacional.</p> <p>Com as informações recolhidas realizar-se-á o diagnóstico de situação de saúde, que contribuirá para implementar um plano de intervenções para a promoção da saúde do seu grupo profissional.</p> |
| 3. Benefícios | A realização desta recolha de informações irá contribuir para a implementação de um projeto de intervenção comunitária no âmbito do stress ocupacional. |
| 4. Riscos graves e riscos frequentes | Não existem riscos específicos pela participação. |

Parte declarativa do profissional

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Expliquei que pode pedir para interromper ou mesmo desistir, caso sinta necessidade ou vontade de o fazer, sem que daí advinha qualquer prejuízo no contexto da sua assistência clínica. Informei que para conforto e respeito da sua privacidade, os dados que me irá fornecer, permanecerão confidenciais e anónimos.

Nome legível do profissional de saúde: _____

Responsável pelo projeto: _____

Data: _____

Contato institucional do profissional de saúde andreia.rocha@campus.esel.pt

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

10º MESTRADO DE ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

À Pessoa

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Parte declarativa da pessoa que consente

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado.

Nome: _____

... .. (data) Assinatura

APÊNDICE IV – Instrumentos para a recolha de informações

INSTRUMENTOS PARA A RECOLHA DE INFORMAÇÕES

Segundo Fortin (1999), a construção de um quadro de referência permite estabelecer os parâmetros de um estudo, definindo os conceitos e suas relações. Desta forma, torna-se o guia orientador para a recolha de informações. Tendo realizado este processo ao longo do enquadramento teórico, mobilizando conceitos sobre o stress ocupacional, enunciando relações entre os mesmos e enquadrando-os à luz do Modelo de Sistemas de Neuman, chega o momento de descrever em detalhe como serão medidos. Nos seguintes quadros apresenta-se como se planeou este processo e abaixo a descrição dos procedimentos.

| Parte I – Características sociodemográficas e do trabalho | |
|---|---|
| 1 | Categoria Profissional |
| 2 | Sexo |
| 3 | Idade em anos |
| 4 | Nível de escolaridade |
| 5 | Filhos |
| 6 | Situação religiosa/espiritual |
| 7 | Local de contacto com os utentes |
| 8 | Tempo no serviço atual em meses/anos |
| 9 | Horário de trabalho |
| 10 | Carga horária acumulada por semana em horas |
| 11 | Acidente de trabalho |
| 11.1 | Tipo de acidente de trabalho |
| 11.2 | Notificação do acidente de trabalho |

Na primeira parte do questionário, procurou-se recolher informações que permitissem caracterizar a amostra do ponto de vista sociodemográfico, de condições de trabalho e de existência de acidentes de trabalho.

É composta por 10 questões fechadas, das quais 2 permitem respostas múltiplas (6 e 11.1). As restantes 3 questões são abertas para avaliação de anos, meses e horas (3, 8 e 10). Para a questão 8 considerou-se que, se o profissional ainda não tivesse cumprido 1 ano no serviço atual, seria contabilizado como 0.

Aquando da análise descritiva, os resultados das questões 3 e 10 serão apresentados em categorias. A idade em anos será categorizada por grupos etários, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (menos de 24 anos; 25 a 34 anos; 35 a 44 anos; 45 a 54 anos; 55 a 64 anos; mais de 65 anos). A carga horária acumulada por semana será categorizada em 3 categorias (35 a 40 horas; 41 a 50

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

horas; 51 e 60 horas), tendo como referência turnos de 7 a 8 horas, até 10 horas; até 12 horas).

Para além disso, a apresentação da análise descritiva será expressa em frequências absolutas e percentagens (frequência relativa) e, para as variáveis contínuas, também em medidas de tendência central e de dispersão.

| Parte II – Questionário de atitudes e comportamentos de saúde (QACS) | | | |
|--|----------------------------|--------------------------------|------------------|
| | DOMÍNIOS | QUESTÕES | SCORE DA ESCALA |
| 12 | Exercício Físico | 1,2,3 | Mín. 1 Máx. 5 |
| | Nutrição | 4,5,6,18,22 | |
| | Autocuidado | 8,9,10,11,12,23,24,25,26,27,28 | |
| | Segurança motorizada | 13,14,15 | |
| | Uso de drogas ou similares | 7,16,17,19,20,21 | |

Na segunda parte do questionário, apresenta-se o “Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS)”. Este instrumento é um inventário de comportamentos de saúde, adaptado a partir do “*Lifestyle Assessment Questionnaire*” de Hettler, num estudo sobre os estilos de vida dos estudantes universitários, por Ribeiro (2004).

O inventário possui 28 itens, distribuídos pelos 5 domínios descritos no quadro acima. A resposta a cada item é dada numa escala tipo *Likert* com 5 opções: “Quase nunca” (menos de 10% das vezes); “Ocasionalmente” (cerca de 25% das vezes); “Muitas vezes” (cerca de 50% das vezes); “Com muita frequência” (cerca de 75% das vezes); “Quase sempre” (90% ou mais das vezes). Para além disso, os 28 itens podem ser divididos em duas vertentes: nos primeiros 15 itens, questiona a frequência com que a ação é implementada; nos restantes 13 itens, questiona a atitude de evicção para com a ação (Ribeiro, 1993).

Embora Ribeiro (2004) refira que o score total pode ser somado e os comportamentos protetores de saúde variarem entre 28 a 140 pontos, o inventário não pressupõe relação entre os itens nem pretende ter características de escala. Determina-se que o QACS resume adequadamente os comportamentos com a saúde e prevenção de doenças, é de aplicação rápida e fácil, adequando-se a programas de promoção da saúde.

A apresentação da análise descritiva será expressa em frequências absolutas e percentagens (frequência relativa), para cada item respetivo.

| Parte III – Índice de bem-estar OMS | |
|-------------------------------------|--|
| 13 | Soma dos valores das 5 questões: 0 (pior qualidade de vida possível) a 25 (melhor qualidade de vida possível) Pontuação < 13 revela fraco bem-estar |

Na terceira parte do questionário, encontra-se o “Índice de bem-estar”, também designado WHO-5, da Organização Mundial de Saúde. O WHO-5 foi apresentado pela primeira vez numa reunião da OMS, no âmbito de um projeto de avaliação do bem-estar em Cuidados de Saúde Primários e foi traduzido para diversas línguas, incluindo o português. (WHO,1998) (Topp, Østergaard, Søndergaard & Bech, 2015)

Trata-se de uma escala com 5 questões simples e não invasivas, redigidas de forma positiva, referentes ao bem-estar subjetivo dos respondentes nas últimas duas semanas. Cada questão é respondida numa escala tipo *Likert* de 6 posições: “Nunca” (0); “Algumas vezes” (1); “Menos de metade do tempo” (2); “Mais de metade do tempo” (3); “A maior parte do tempo” (4); “Todo o tempo” (5). O score total resulta do somatório das respostas e varia entre 0 a 25. Para adultos, uma pontuação inferior ou igual a 13 indica níveis reduzidos de bem-estar, pelo que são aconselhados procedimentos de encaminhamento para avaliação especializada. (WHO, 1998)

Topp, Østergaard, Søndergaard & Bech (2015) referem que a escala apresenta validade quer para uso clínico, enquanto instrumento para detetar possíveis casos de depressão, quer para a investigação, enquanto método de avaliação de resultados de intervenções no bem-estar ao longo do tempo ou em comparações entre grupos.

A apresentação da análise descritiva será expressa em medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão), marcando como ponto de corte o valor 13, para determinar a percentagem de profissionais com scores iguais ou abaixo a este valor.

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

| Parte IV – Questionário de stress nos Profissionais de Saúde (QSPS) | | |
|---|--|------------------|
| 14 | Score de 0 (nenhum stress) a 4 (elevado stress) | |
| 15 | A pontuação é obtida pela soma dos itens de cada dimensão, dividindo pelo total de itens. Valores mais elevados significam maior percepção de stress em cada dimensão. | |
| | DIMENSÕES | QUESTÕES |
| | Lidar com clientes | 1,8,14,20 |
| | Excesso de trabalho | 4,12,16,22 |
| | Carreira e remuneração | 3,10,13,17,23 |
| | Relações profissionais | 2,7,9,15,21 |
| | Ações de formação | 6,18,24 |
| | Problemas familiares | 5,11,19,25 |
| | | Mín. 0 Máx. 4 |

Na quarta parte do questionário, apresenta-se o “Questionário de stress nos Profissionais de Saúde (QSPS)”, desenvolvido por Gomes (2014), a partir de estudos realizados com profissionais de saúde de Gomes, Cruz & Cabanelas (2009).

É constituído por duas partes. Na primeira parte é pedido o nível global de stress vivenciado no local de trabalho, através de uma escala de 0 (Nenhum stress), 1 (Pouco stress), 2 (Moderado stress), 3 (Bastante stress) e 4 (Elevado stress). A segunda parte, é constituída por 25 itens, divididos pelas dimensões acima apresentadas, que procuram avaliar potenciais fontes de stress ocupacional para os profissionais de saúde. Cada um deles é respondido em formato tipo *Likert*, com uma escala igual á da primeira parte. O score é determinado em cada dimensão através da soma e respetiva ponderação.

O questionário apresenta boas indicações sobre as propriedades psicométricas, segundo Gomes & Teixeira (2016).

A apresentação da análise descritiva será expressa em frequências absolutas e percentagens (frequência relativa), para o nível global de stress e cada dimensão.

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

| Parte V – <i>Brief COPE</i> | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|----------|------------------|
| | SUBESCALAS | QUESTÕES | SCORE DA ESCALA |
| 16 | Coping ativo | 2,7 | Mín. 0 Máx. 3 |
| | Planeamento | 14,25 | |
| | Suporte instrumental | 10,23 | |
| | Suporte emocional | 5,15 | |
| | Religião | 22,27 | |
| | Reinterpretação positiva | 12,17 | |
| | Auto culpabilização | 13,26 | |
| | Aceitação | 20,24 | |
| | Expressão de sentimentos | 9,21 | |
| | Negação | 3,8 | |
| | Auto distração | 1,19 | |
| | Desinvestimento comportamental | 16,6 | |
| | Abuso de substâncias | 4,11 | |
| | Humor | 18,28 | |

Na última parte do questionário, apresenta-se o “*Brief COPE “Brief-Coping with Problems Experienced”* (Carver, 1997). Este instrumento é uma escala criada a partir do COPE (*Coping Orientation to Problem Experience Inventory*) do mesmo autor, traduzido e adaptado por Ribeiro & Rodrigues (2004).

É um questionário composto por 14 subescalas, com dois itens, como se pode constatar acima. As respostas são dadas numa escala tipo *Likert*, de 0 (Nunca faço isto), 1 (Faço por vezes isto), 2 (Em média é isto que faço) e 3 (Faço sempre isto). O resultado final é apresentado como um perfil, não pressupondo score total, mas sim para cada subescala.

Segundo Ribeiro & Rodrigues (2004), a versão portuguesa apresenta propriedades idênticas do original e é adequada para ser utilizada em investigação na área da saúde, pelo seu tamanho mais reduzido em relação à da que lhe deu origem.

A apresentação da análise descritiva será expressa em frequências absolutas e percentagens (frequência relativa), para cada subescala.

Referências

- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. Acedido em: 04/2019. Disponível em: DOI: 10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência, Edições técnicas e científicas, Lda.
- Gomes, A. R., Cruz, J. F. & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307-318. Acedido em: 04/2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/9921>
- Gomes, A. R. (2014). Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros. *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology*, 48(1). Acedido em: 04/2019. Disponível em: <https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/view/252>
- Gomes, A. R. & Teixeira, P. (2016). Stress, cognitive appraisal, and psychological health: Testing instruments for health professionals. *Stress and Health*, 32(2), 167-172. Acedido em: 04/2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/41767>
- Ribeiro, J. L. P. (1993). Características Psicológicas Associadas à Saúde em Estudantes, Jovens, da Cidade do Porto. Dissertação de Doutoramento em Psicologia não publicada. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Acedido em: 03/2019. Disponível em: <file:///C:/Users/andre/Downloads/29476.pdf>
- Ribeiro, J. L. P. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 22(2), 387-397. Acedido em: 03/2019. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n2/v22n2a07.pdf>
- Ribeiro, J. L. P. & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15. Acedido em: 04/2019. Disponível em:

<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S1645->

[00862004000100001&script=sci_arttext&tlng=es](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S1645-00862004000100001&script=sci_arttext&tlng=es)

Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S. & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(3), 167-176. Acedido a: 04/2019 Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000376585>

World Health Organization (1998). Wellbeing measures in primary health care/the DEPCARE project: report on a WHO meeting, Stockholm, Sweden 12-13 February 1998. In *Wellbeing measures in primary health care/the DEPCARE project: report on a WHO meeting, Stockholm, Sweden 12-13 February 1998*. Acedido em: 04/2019. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/130750/E60246.pdf

APÊNDICE V – Questionário para o Diagnóstico de Situação de Saúde

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

10º MESTRADO DE ENFERMAGEM

NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

O presente questionário tem como objetivo proceder ao diagnóstico de saúde dos profissionais de um centro hospitalar, para posteriormente, no âmbito da Saúde Ocupacional, desenvolver um projeto de intervenção no **stress ocupacional e comportamentos de saúde**.

Pede-se a sua colaboração no preenchimento deste questionário, que é anónimo e confidencial, não devendo colocar nenhuma identificação no mesmo. Não existem respostas certas ou erradas. Por favor, responda a todas as questões.

Os resultados obtidos serão apenas para fins académicos.

Andreia E. F. Rocha

andreia.rocha@campus.esel.pt

Parte I

Nas questões seguintes assinale com uma cruz (x) a sua opção de resposta ou escreva a resposta no espaço fornecido.

1. Categoria Profissional

| | | | | | | | |
|------------------------|--|--------------------|--|------------|--|--------|--|
| Assistente operacional | | Assistente técnico | | Enfermeiro | | Médico | |
|------------------------|--|--------------------|--|------------|--|--------|--|

2. Sexo

| | | | |
|----------|--|-----------|--|
| Feminino | | Masculino | |
|----------|--|-----------|--|

3. Idade

| |
|--------|
| (anos) |
|--------|

4. Nível de escolaridade

| | | | | | | | | | |
|------------|--|------------|--|------------|--|-------------|--|-----------------|--|
| Até 4º ano | | Até 6º ano | | Até 9º ano | | Até 12º ano | | Ensino superior | |
|------------|--|------------|--|------------|--|-------------|--|-----------------|--|

5. Tem filhos?

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| Não | | Sim | |
|-----|--|-----|--|

6. Situação religiosa/espiritual

| | | | | | |
|------------------------------------|--|-------------------------|--|--------------------------|--|
| Sem crença religiosa ou espiritual | | Possui crença religiosa | | Possui crença espiritual | |
|------------------------------------|--|-------------------------|--|--------------------------|--|

7. Contacta com utentes no

| | | | | | | | |
|--------------|--|-------------|--|-------|--|--------------|--|
| Internamento | | Ambulatório | | Ambos | | Não contacta | |
|--------------|--|-------------|--|-------|--|--------------|--|

8. Tempo no serviço atual

| |
|----------------|
| (meses / anos) |
|----------------|

9. Horário de trabalho

| | | | |
|------|--|----------|--|
| Fixo | | Rotativo | |
|------|--|----------|--|

10. Carga horária acumulada por semana

| |
|---------|
| (horas) |
|---------|

11. Já sofreu algum acidente de trabalho?

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| Não | | Sim | |
|-----|--|-----|--|

11.1. Se sim, que tipo(s) de acidente?

| | | | | | | | |
|-----------|--|---------------------|--|---------|--|------------|--|
| Biológico | | Músculo-esquelético | | Químico | | No trajeto | |
|-----------|--|---------------------|--|---------|--|------------|--|

11.2. Notificou o acidente?

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| Não | | Sim | |
|-----|--|-----|--|

Parte II

Questionário de atitudes e comportamentos de saúde (QACS)

No inventário que se segue apresentam-se afirmações relacionadas com o que as pessoas fazem para cuidar da sua saúde e prevenir doenças. Responda tendo em conta os seus estilos de vida. Coloque uma cruz (x) na opção que melhor se adequa a si.

Quase sempre (90% ou mais das vezes); Com muita frequência (cerca de 75% das vezes); Muitas vezes (cerca de 50% das vezes); Ocasionalmente (cerca de 25% das vezes); Quase nunca (menos de 10% das vezes)

| 12. | Quase sempre | Com muita frequência | Muitas vezes | Ocasionalmente | Quase nunca |
|--|--------------|----------------------|--------------|----------------|-------------|
| 1- Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana. | | | | | |
| 2- Ando a pé ou de bicicleta diariamente. | | | | | |
| 3- Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (p. ex., corrida, ténis, natação, futebol, etc.). | | | | | |
| 4- Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho. | | | | | |
| 5- Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal. | | | | | |
| 6- Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes. | | | | | |
| 7- Não bebo mais do que duas bebidas alcoólicas por dia. | | | | | |
| 8- Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado. | | | | | |
| 9- Mantenho as minhas vacinas em dia. | | | | | |
| 10- Verifico anualmente a minha pressão arterial. | | | | | |
| 11- Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes. | | | | | |
| 12- Vou anualmente ao médico fazer um <i>check-up</i> . | | | | | |
| 13- Não guio (carro, motorizada, etc.) quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais. | | | | | |
| 14- Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade. | | | | | |
| 15- Quando viajo de carro e não sou o condutor, coloco o cinto de segurança. | | | | | |
| 16- Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico. | | | | | |
| 17- Evito fumar. | | | | | |
| 18- Evito ingerir alimentos com gordura. | | | | | |
| 19- Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais como café, chá ou coca-cola. | | | | | |
| 20- Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros). | | | | | |
| 21- Evito tomar tranquilizantes. | | | | | |
| 22- Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.). | | | | | |
| 23- Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco. | | | | | |
| 24- Evito os ambientes muito ruidosos. | | | | | |
| 25- Evito os ambientes que tenham o ar poluído. | | | | | |
| 26- Evito mudar de parceiro sexual. | | | | | |
| 27- Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal. | | | | | |
| 28- Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções. | | | | | |

Parte III

Índice de bem-estar OMS (WHO-5)

Indique com uma cruz (x), para cada uma das cinco afirmações, a que se aproxima mais do modo como se tem sentido nas últimas duas semanas.

| 13. Durante as últimas duas semanas: | Todo o tempo | A maior parte do tempo | Mais de metade do tempo | Menos de metade do tempo | Algumas vezes | Nunca |
|--|--------------|------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------|-------|
| 1) Senti-me alegre e bem disposto/a. | | | | | | |
| 2) Senti-me calmo/a e tranquilo/a. | | | | | | |
| 3) Senti-me activo/a e enérgico/a. | | | | | | |
| 4) Acordei a sentir-me fresco/a e repousado/a. | | | | | | |
| 5) O meu dia-a-dia tem sido preenchido com coisas que me interessam. | | | | | | |

WHO (1998)

Parte IV

Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS)

Este questionário pretende analisar o **stress** ocupacional na atividade profissional. Na primeira parte pede-se que avalie o nível global de **stress** que experiencia na sua atividade. Na segunda, são indicados 25 itens relativos às potenciais fontes de **stress** associados à atividade profissional.

14. Na escala que se segue, assinale com um círculo o número que melhor indicar o nível de “stress” que sente geralmente no exercício da sua atividade profissional.

Em termos gerais, a minha atividade profissional provoca-me

| | | | | |
|---------------|--------------|-----------------|-----------------|----------------|
| Nenhum stress | Pouco stress | Moderado stress | Bastante stress | Elevado stress |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

15. Apresentam-se seguidamente várias fontes potencialmente geradoras de stress na sua atividade profissional.

Por favor, assinale com um círculo o número que melhor indicar o nível de stress gerado por cada potencial fonte no exercício da sua atividade profissional.

Se alguma das situações referidas não se aplicar ao seu caso particular, não responda a essa questão deixando-a “em branco”. Tenha igualmente em consideração o facto de neste questionário o termo “clientes” ser utilizado para identificar as pessoas a quem presta os seus serviços, cuidados, tratamentos ou instrução. Nas suas respostas pense nessas pessoas como “clientes” do serviço que presta, mesmo que possa usar outro termo no seu trabalho.

Para cada uma das situações apresentadas a seguir, indique, por favor, o nível de stress que sente.

| | Nenhum stress | Pouco stress | Moderado stress | Bastante Stress | Elevado stress |
|---|---------------|--------------|-----------------|-----------------|----------------|
| 1. Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os meus clientes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. O favoritismo e/ou discriminação “encobertos” no meu local de trabalho. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. A falta de perspectivas de desenvolvimento na carreira. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Trabalhar muitas horas seguidas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares devido às minhas responsabilidades profissionais. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Falar ou fazer apresentações em público. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. A falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que os clientes esperam de mim. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. O ambiente e “clima” existentes no meu local de trabalho. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Falta de possibilidades de progressão na carreira. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. A falta de estabilidade e segurança na minha vida conjugal e/ou pessoal devido às minhas responsabilidades profissionais. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. O excesso de trabalho relacionado com tarefas de carácter burocrático. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Receber um salário baixo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Gerir problemas graves dos meus clientes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Os conflitos interpessoais com outros colegas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Viver com os recursos financeiros de que disponho. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Preparar ações de formação para realizar no meu local de trabalho. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. A falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos meus clientes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas de trabalho. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. A sobrecarga ou excesso de trabalho. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Salário inadequado/insuficiente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Realizar atividades de formação sob a minha responsabilidade. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (família, amigos, etc.). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Parte V

Brief COPE

Os itens que vai encontrar abaixo exprimem o modo como lida com o *stress* ocupacional. Há muitas maneiras de lidar com o *stress*/situações de dificuldade e estes itens questionam o que faz para lidar com essas situações. Queremos saber em que extensão faz aquilo que o item diz, quanto ou com que frequência. Não responda com base no que lhe pareceu ter sido mais eficaz na altura, mas se fez ou não fez aquilo. Tente classificar cada item separadamente dos outros.

| 16. Responda com uma cruz (x), nos espaços, como foi para si, com o máximo de verdade, utilizando as alternativas de resposta apresentadas. | Nunca faço isto | Por vezes faço isto | Muitas vezes faço isto | Faço sempre isto |
|---|-----------------------|------------------------------|---------------------------------|------------------------|
| 1) Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação. | | | | |
| 2) Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação. | | | | |
| 3) Tenho dito para mim próprio(a): "isto não é verdade". | | | | |
| 4) Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor. | | | | |
| 5) Procuro apoio emocional de alguém (família, amigos). | | | | |
| 6) Simplesmente desisto de tentar lidar com isto. | | | | |
| 7) Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação (desempenho). | | | | |
| 8) Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo. | | | | |
| 9) Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos (emoções). | | | | |
| 10) Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação. | | | | |
| 11) Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas. | | | | |
| 12) Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva. | | | | |
| 13) Faço críticas a mim próprio. | | | | |
| 14) Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer. | | | | |
| 15) Procuro o conforto e compreensão de alguém. | | | | |
| 16) Desisto de me esforçar para lidar com a situação. | | | | |
| 17) Procuro algo positivo em tudo o que está a acontecer. | | | | |
| 18) Enfrento a situação levando-a para a brincadeira. | | | | |
| 19) Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, ou ir às compras. | | | | |
| 20) Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer. | | | | |
| 21) Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento. | | | | |
| 22) Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual. | | | | |
| 23) Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo. | | | | |
| 24) Tento aprender a viver com a situação. | | | | |
| 25) Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação. | | | | |
| 26) Culpo-me pelo que está a acontecer. | | | | |
| 27) Rezo ou medito. | | | | |
| 28) Enfrento a situação com sentido de humor. | | | | |

APÊNDICE VI – Indicadores de saúde

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

INDICADORES DE SAÚDE

| CORE |
|--|
| <u>Variável Fisiológica</u> |
| % de profissionais por sexo feminino |
| % de profissionais com mais de 50 anos |
| % de profissionais com filhos |
| <u>Variável Sociocultural</u> |
| % de assistentes operacionais |
| % de assistentes técnicos |
| % de enfermeiros |
| % de médicos |
| <u>Variável de Desenvolvimento</u> |
| % de profissionais habilitados com ensino superior |
| % de profissionais com a escolaridade obrigatória atual (12 anos) |
| % de profissionais sem a escolaridade obrigatória atual (12 anos) |
| % de profissionais com mais de 10 anos no serviço atual |
| % de profissionais entre 3 a 9 anos no serviço atual |
| % de profissionais com menos de 2 anos no serviço atual |
| <u>Variável Espiritual</u> |
| % de profissionais com crença religiosa |
| % de profissionais sem crença religiosa ou espiritual |
| LINHAS DE RESISTÊNCIA |
| <u>Variável Fisiológica</u> |
| % de profissionais que referem não ter o PNV atualizado |
| % de profissionais que referem não fazer vigilância de saúde anualmente |
| LINHA NORMAL DE DEFESA |
| <u>Variável Fisiológica</u> |
| % de profissionais com horário rotativo |
| % de profissionais com mais de 40h de trabalho acumuladas por semana |
| % de profissionais com comportamentos protetores de saúde para o exercício físico |
| % de profissionais com comportamentos protetores de saúde para a nutrição |
| % de profissionais com comportamentos protetores de saúde para o autocuidado |
| % de profissionais com comportamentos protetores de saúde para a segurança motorizada |
| % de profissionais com comportamentos protetores de saúde para o uso de drogas ou similares |
| % de profissionais que percecionam como moderado a elevado o nível de stress relacionado com o excesso de trabalho |
| % de profissionais que referem utilizar mecanismos de coping ativos |
| % de profissionais que referem utilizar como mecanismos de coping o planeamento |
| % de profissionais que referem utilizar como mecanismos de coping o suporte instrumental |
| % de profissionais que referem utilizar como mecanismos de coping o desinvestimento comportamental |

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

| |
|--|
| % de profissionais que referem utilizar como mecanismos de coping o abuso de substâncias |
| <u>Variável Psicológica</u> |
| % de profissionais com score < 13 no Índice de Bem Estar |
| % de profissionais com percepção moderada a elevada do nível de stress ocupacional |
| % de profissionais que percecionam como moderado a elevado o nível de stress relacionado com o lidar com clientes |
| % de profissionais que percecionam como moderado a elevado o nível de stress relacionado com as relações profissionais |
| % de profissionais que percecionam como moderado a elevado o nível de stress relacionado com os problemas familiares |
| % de profissionais que referem utilizar como mecanismos de coping o suporte emocional |
| % de profissionais que referem utilizar como mecanismos de coping a reinterpretação positiva |
| % de profissionais que referem utilizar como mecanismos de coping a auto culpabilização |
| % de profissionais que referem utilizar como mecanismos de coping a aceitação |
| % de profissionais que referem utilizar como mecanismos de coping a expressão de sentimentos |
| % de profissionais que referem utilizar como mecanismos de coping a negação |
| % de profissionais que referem utilizar como mecanismos de coping a auto distração |
| % de profissionais que referem utilizar como mecanismos de coping o humor |
| <u>Variável Sociocultural</u> |
| % de profissionais que percecionam como moderado a elevado o nível de stress relacionado com a carreira e remuneração |
| <u>Variável espiritual</u> |
| % de profissionais que referem utilizar como mecanismos de coping a religião |
| LINHA FLEXÍVEL DE DEFESA |
| <u>Variável Fisiológica</u> |
| % de profissionais que refere ter sofrido um acidente de trabalho |
| % de acidentes de trabalho relatados classificados como biológicos |
| % de acidentes de trabalho relatados classificados como músculo-esqueléticos |
| % de acidentes de trabalho relatados classificados como químicos |
| % de acidentes de trabalho relatados classificados como no trajeto |
| % de profissionais que referem ter notificado o acidente de trabalho |
| <u>Variável de Desenvolvimento</u> |
| % de profissionais que percecionam como moderado a elevado o nível de stress relacionado com as ações de formação |

Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. (5th ed.) United States of America: Pearson.

APÊNDICE VII – Caracterização sociodemográfica da amostra: core do
sistema cliente agregado

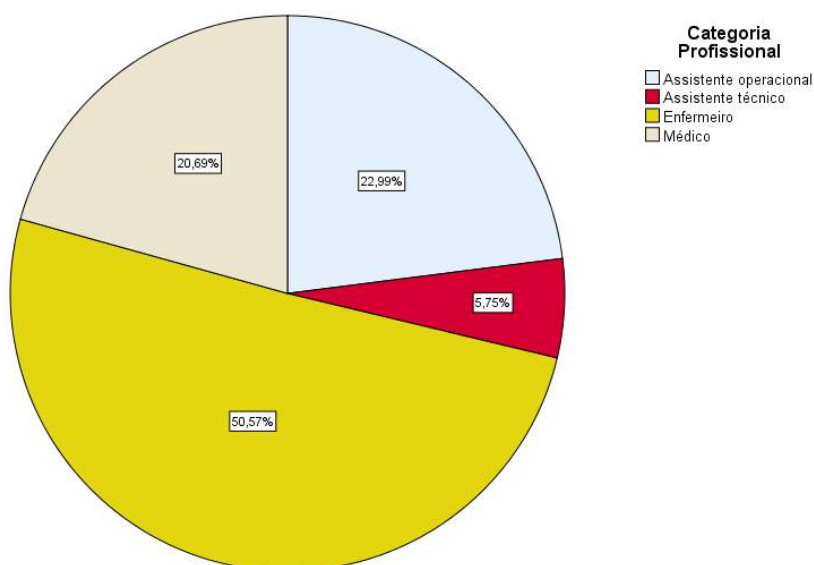
CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA: CORE DO SISTEMA CLIENTE AGREGADO

A amostra utilizada para o DSS foi constituída por 87 profissionais de saúde, correspondendo a cerca de 68% da população alvo (128). A população alvo é constituída por 64 enfermeiros, 31 assistentes operacionais, 28 médicos e 5 assistentes técnicos. Na tabela e gráfico 1, apresenta-se a distribuição dos profissionais que constituíram a amostra pelas categorias profissionais, o que corresponde à variável sociocultural do core do sistema cliente agregado.

Tabela 1 – Distribuição pelas categorias profissionais (variável sociocultural)

| Categorias Profissionais | | |
|--------------------------|------------|-------|
| | Frequência | % |
| Assistente operacional | 20 | 23,0 |
| Assistente técnico | 5 | 5,7 |
| Enfermeiro | 44 | 50,6 |
| Médico | 18 | 20,7 |
| Total | 87 | 100,0 |

Gráfico 1 – Distribuição pelas categorias profissionais (variável sociocultural)



STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

No que diz respeito às variáveis fisiológicas, como se constata na tabela 2, temos que, na distribuição por género, 75 dos inquiridos são do sexo feminino (86,2%). As idades estão compreendidas entre os 22 e os 65 anos, com uma média de 39,5 (desvio padrão de 11,02). Nos extremos temos 5 inquiridos com menos ou igual a 24 anos e 1 com mais ou igual a 65 anos. A maior percentagem de profissionais inquiridos encontra-se no grupo etário entre os 25 e os 34 anos (35,6%). Do total da amostra, 20,7% tem mais de 50 anos. Quanto à parentalidade, 57,5% dos inquiridos refere ter filhos. Na tabela 3 é possível analisar como se distribui a variável “ter filhos” pelas categorias profissionais. Verifica-se que nas categorias de médico e enfermeiro há uma distribuição equilibrada de profissionais que referem “ter” ou “não ter filhos”.

Tabela 2 – Distribuição dos profissionais por género, grupos etários e parentalidade (variáveis fisiológicas)

| Género | | |
|----------------|------------|-------|
| | Frequência | % |
| Feminino | 75 | 86,2 |
| Masculino | 12 | 13,8 |
| Total | 87 | 100,0 |
| Grupos Etários | | |
| | Frequência | % |
| <= 24 | 5 | 5,7 |
| 25-34 | 31 | 35,6 |
| 35-44 | 23 | 26,4 |
| 45-54 | 15 | 17,2 |
| 55-64 | 12 | 13,8 |
| >= 65 | 1 | 1,1 |
| Total | 87 | 100,0 |
| Filhos | | |
| | Frequência | % |
| Não | 37 | 42,5 |
| Sim | 50 | 57,5 |
| Total | 87 | 100,0 |

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

Tabela 3 – Distribuição da parentalidade dos profissionais pelas categorias profissionais

| Categoria Profissional * Filhos | | | | | |
|---------------------------------|------------------------|------------|--------|-------|--------|
| | | | Filhos | | Total |
| | | | Não | Sim | |
| Categoria Profissional | Assistente operacional | Contagem | 3 | 17 | 20 |
| | | % do Total | 3,4% | 19,5% | 23,0% |
| | Assistente técnico | Contagem | 1 | 4 | 5 |
| | | % do Total | 1,1% | 4,6% | 5,7% |
| | Enfermeiro | Contagem | 24 | 20 | 44 |
| | | % do Total | 27,6% | 23,0% | 50,6% |
| | Médico | Contagem | 9 | 9 | 18 |
| | | % do Total | 10,3% | 10,3% | 20,7% |
| | Total | Contagem | 37 | 50 | 87 |
| | | % do Total | 42,5% | 57,5% | 100,0% |

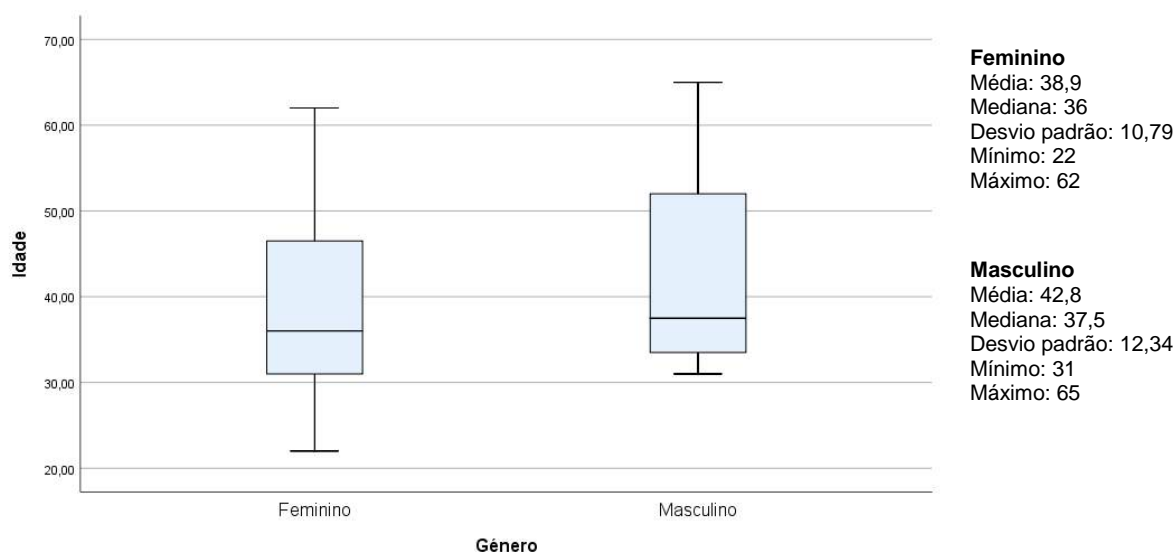
De forma a obter uma visão geral das variáveis do core do sistema cliente agregado acima referidas, na tabela 4 apresenta-se a distribuição da amostra de profissionais pelas categorias profissionais, género e grupos etários e no gráfico 2 apresenta-se a distribuição das idades por género.

Tabela 4 – Distribuição das categorias profissionais por género e grupos etários

| Categoria Profissional * Género * Grupos etários | | | | | | | | | |
|--|--------|-----------|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Categoria Profissional | | | Grupo etário | | | | | | Total |
| | | | <= 24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | >= 65 | |
| Assistente operacional | Género | Feminino | | 5 | 5 | 5 | 4 | | 19 |
| | | Masculino | | 1 | | | | | 1 |
| | | Total | | 6 | 5 | 5 | 4 | | 20 |
| Assistente técnico | Género | Feminino | | 1 | 2 | 2 | | | 5 |
| | | Total | | 1 | 2 | 2 | | | 5 |
| Enfermeiro | Género | Feminino | 5 | 13 | 10 | 6 | 3 | | 37 |
| | | Masculino | | 2 | 5 | | | | 7 |
| | | Total | 5 | 15 | 15 | 6 | 3 | | 44 |
| Médico | Género | Feminino | | 9 | 1 | 1 | 3 | | 14 |
| | | Masculino | | | | 1 | 2 | 1 | 4 |
| | | Total | | 9 | 1 | 2 | 5 | 1 | 18 |
| Total | Género | Feminino | 5 | 28 | 18 | 14 | 10 | | 75 |
| | | Masculino | | 3 | 5 | 1 | 2 | 1 | 12 |
| | | Total | 5 | 31 | 23 | 15 | 12 | 1 | 87 |

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

Gráfico 2 – Distribuição da idade dos profissionais pelo gênero



Com respeito aos dados analisados para caracterização da variável de desenvolvimento do core do sistema cliente agregado, na tabela 5 apresenta-se a distribuição dos profissionais pelos níveis de ensino. 74,7% da amostra está habilitado com o ensino superior, 10,3% refere ter a escolaridade até ao 12º ano e 14,9% não tem este nível de escolaridade obrigatória.

Tabela 5 – Distribuição dos profissionais por níveis de ensino (variável de desenvolvimento)

| Nível de escolaridade | | | |
|-----------------------|------------|-------|-------------|
| | Frequência | % | % acumulada |
| Até ao 4º ano | 1 | 1,1 | 1,1 |
| Até ao 6º ano | 2 | 2,3 | 3,4 |
| Até ao 9º ano | 10 | 11,5 | 14,9 |
| Até ao 12º ano | 9 | 10,3 | 25,3 |
| Ensino superior | 65 | 74,7 | 100,0 |
| Total | 87 | 100,0 | |

Na tabela 6 e gráfico 3, apresenta-se a distribuição dos profissionais pelo tempo no serviço atual. Note-se a existência de valores omissos, que se optou por apresentar, pois da análise estatística, verificou-se que a substituição dos valores em falta pela média, não altera os resultados.

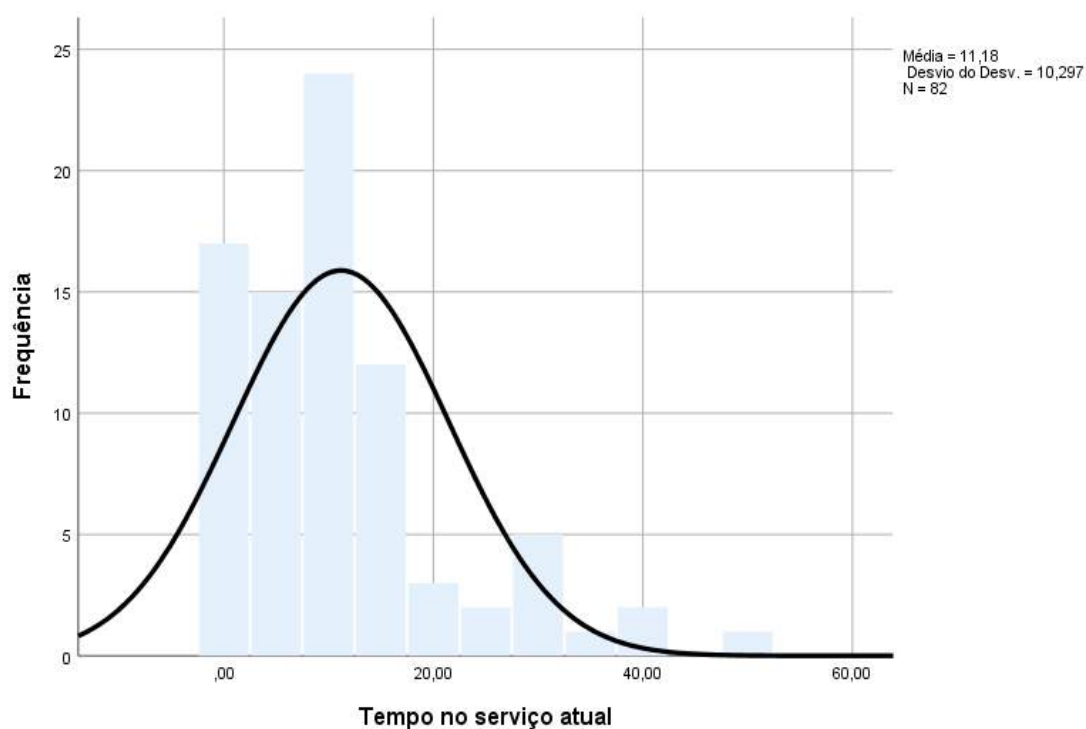
Os 82 profissionais que responderam, encontram-se em média há 11,2 anos no serviço atual, com um desvio padrão de 10,29. Entre o membro do agregado mais

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR
novo e o mais antigo há um intervalo de variação de quase 48 anos. Há 2 ou menos
anos estão 19,5% dos respondentes e há mais de 10 anos estão cerca de 50%.

Tabela 6 – Distribuição dos profissionais pelo tempo no serviço atual (variável de desenvolvimento)

| Tempo no serviço atual | | | | |
|------------------------|------------|-------|----------|-------------|
| | Frequência | % | % válida | % acumulada |
| < = 2 anos | 17 | 19,5 | 20,7 | 20,7 |
| 3 a 9 anos | 23 | 26,4 | 28,0 | 48,8 |
| = > 10 anos | 42 | 48,3 | 51,2 | 100,0 |
| Total | 82 | 94,3 | 100,0 | |
| Omisso Sistema | 5 | 5,7 | | |
| Total | 87 | 100,0 | | |

Gráfico 3 – Distribuição dos profissionais pelo tempo no serviço atual



STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

Para a caracterização da variável espiritual apresenta-se na tabela 7 a distribuição dos profissionais pela presença ou não de crença religiosa ou espiritual. Verifica-se que 60,9% dos profissionais refere ter crença religiosa e 20,7% não possui nenhuma crença religiosa ou espiritual.

Tabela 7 – Distribuição dos profissionais pela situação religiosa/espiritual (variável espiritual)

| Situação religiosa/espiritual | | |
|------------------------------------|------------|-------|
| | Frequência | % |
| Sem crença religiosa ou espiritual | 18 | 20,7 |
| Possui crença religiosa | 53 | 60,9 |
| Possui crença espiritual | 16 | 18,4 |
| Total | 87 | 100,0 |

Embora o serviço em questão seja único, encontra-se dividido em três setores (Unidade de TMO, Internamento e Hospital de Dia). É interessante perceber que, apesar da maioria dos profissionais da amostra estar em permanência num deles, existem alguns que referiram circular por todos. Na tabela 8, é possível verificar que existem 25 profissionais que circulam por todos os setores e que destes, 21 têm contato com os utentes quer em internamento, quer em ambulatório. Também se verifica que há um maior número de profissionais que contata com os utentes no internamento e que há 1 profissional cujas funções não implicam contato com utentes.

Tabela 8 – Distribuição dos profissionais pelo local de contato com os utentes e setor de trabalho

| Setor de trabalho * Contato com utentes | | | | | | |
|---|------------------|---------------------|--------------|-------------|-------|-------|
| | | Contato com utentes | | | | Total |
| | | Não contata | Internamento | Ambulatório | Ambos | |
| Setor de trabalho | Todos os setores | 1 | 0 | 3 | 21 | 25 |
| | Unidade TMO | 0 | 24 | 0 | 0 | 24 |
| | Internamento | 0 | 16 | 0 | 0 | 16 |
| | Hospital de Dia | 0 | 0 | 22 | 0 | 22 |
| Total | | 1 | 40 | 25 | 21 | 87 |

Para cada um dos setores, apresenta-se de seguida nas tabelas 9, 10 e 11 as características das variáveis do core analisadas anteriormente. É possível verificar que os resultados de cada setor não diferem muito dos da amostra total.

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

Tabela 9 – Distribuição dos profissionais da Unidade TMO pelas categorias profissionais, género, grupo etário, parentalidade, nível de escolaridade, tempo no serviço e situação religiosa/espiritual

| Categoria Profissional | | | | |
|------------------------------------|---------|------------|-------|----------|
| | | Frequência | % | |
| Assistente operacional | | 8 | 33,3 | |
| Enfermeiro | | 16 | 66,7 | |
| Total | | 24 | 100,0 | |
| Gênero | | | | |
| | | Frequência | % | |
| Feminino | | 21 | 87,5 | |
| Masculino | | 3 | 12,5 | |
| Total | | 24 | 100,0 | |
| Grupos etários | | | | |
| | | Frequência | % | |
| <= 24 | | 3 | 12,5 | |
| 25-34 | | 8 | 33,3 | |
| 35-44 | | 6 | 25,0 | |
| 45-54 | | 4 | 16,7 | |
| 55-64 | | 3 | 12,5 | |
| Total | | 24 | 100,0 | |
| Filhos | | | | |
| | | Frequência | % | |
| Não | | 12 | 50,0 | |
| Sim | | 12 | 50,0 | |
| Total | | 24 | 100,0 | |
| Nível de escolaridade | | | | |
| | | Frequência | % | |
| Até ao 9º ano | | 3 | 12,5 | |
| Até ao 12º ano | | 4 | 16,7 | |
| Ensino superior | | 17 | 70,8 | |
| Total | | 24 | 100,0 | |
| Tempo no serviço atual | | | | |
| | | Frequência | % | % válida |
| < = 2 anos | | 8 | 33,4 | 36,4 |
| 3 a 9 anos | | 2 | 8,3 | 9,1 |
| = > 10 anos | | 12 | 50 | 54,5 |
| Total | | 22 | 91,7 | 100,0 |
| Omisso | Sistema | 2 | 8,3 | |
| Total | | 24 | 100,0 | |
| Situação religiosa/espiritual | | | | |
| | | Frequência | % | |
| Sem crença religiosa ou espiritual | | 5 | 20,8 | |
| Possui crença religiosa | | 17 | 70,8 | |
| Possui crença espiritual | | 2 | 8,3 | |
| Total | | 24 | 100,0 | |

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

Tabela 10 – Distribuição dos profissionais do Internamento pelas categorias profissionais, género, grupo etário, parentalidade, nível de escolaridade, tempo no serviço e situação religiosa/espiritual

| Categoria Profissional | | | | |
|------------------------------------|---------|------------|-------|----------|
| | | Frequência | % | |
| Assistente operacional | | 4 | 25 | |
| Enfermeiro | | 12 | 75 | |
| Total | | 16 | 100,0 | |
| Gênero | | | | |
| | | Frequência | % | |
| Feminino | | 13 | 81,3 | |
| Masculino | | 3 | 18,7 | |
| Total | | 16 | 100,0 | |
| Grupos etários | | | | |
| | | Frequência | % | |
| <= 24 | | 2 | 12,5 | |
| 25-34 | | 7 | 43,8 | |
| 35-44 | | 3 | 18,8 | |
| 45-54 | | 3 | 18,8 | |
| 55-64 | | 1 | 6,3 | |
| Total | | 16 | 100,0 | |
| Filhos | | | | |
| | | Frequência | % | |
| Não | | 8 | 50,0 | |
| Sim | | 8 | 50,0 | |
| Total | | 16 | 100,0 | |
| Nível de escolaridade | | | | |
| | | Frequência | % | |
| Até ao 4º ano | | 1 | 6,3 | |
| Até ao 6º ano | | 1 | 6,3 | |
| Até ao 9º ano | | 2 | 12,5 | |
| Ensino superior | | 12 | 75 | |
| Total | | 16 | 100,0 | |
| Tempo no serviço atual | | | | |
| | | Frequência | % | % válida |
| < = 2 anos | | 3 | 18,8 | 20 |
| 3 a 9 anos | | 5 | 31,3 | 33,3 |
| = > 10 anos | | 7 | 43,8 | 46,7 |
| Total | | 15 | 93,8 | 100,0 |
| Omisso | Sistema | 1 | 6,2 | |
| Total | | 16 | 100,0 | |
| Situação religiosa/espiritual | | | | |
| | | Frequência | % | |
| Sem crença religiosa ou espiritual | | 5 | 31,3 | |
| Possui crença religiosa | | 6 | 37,5 | |
| Possui crença espiritual | | 5 | 31,3 | |
| Total | | 16 | 100,0 | |

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

Tabela 11 – Distribuição dos profissionais do Hospital de Dia pelas categorias profissionais, género, grupo etário, parentalidade, nível de escolaridade, tempo no serviço e situação religiosa/espiritual

| Categoria Profissional | | | | |
|------------------------------------|---------|------------|-------|----------|
| | | Frequência | % | |
| Assistente operacional | | 6 | 27,3 | |
| Enfermeiro | | 16 | 72,7 | |
| Total | | 22 | 100,0 | |
| Gênero | | | | |
| | | Frequência | % | |
| Feminino | | 20 | 90,9 | |
| Masculino | | 2 | 9,1 | |
| Total | | 22 | 100,0 | |
| Grupos etários | | | | |
| | | Frequência | % | |
| 25-34 | | 6 | 27,3 | |
| 35-44 | | 10 | 45,5 | |
| 45-54 | | 3 | 13,6 | |
| 55-64 | | 3 | 13,6 | |
| Total | | 22 | 100,0 | |
| Filhos | | | | |
| | | Frequência | % | |
| Não | | 6 | 50,0 | |
| Sim | | 16 | 50,0 | |
| Total | | 22 | 100,0 | |
| Nível de escolaridade | | | | |
| | | Frequência | % | |
| Até ao 6º ano | | 1 | 4,5 | |
| Até ao 9º ano | | 4 | 18,2 | |
| Até ao 12º ano | | 1 | 4,5 | |
| Ensino superior | | 16 | 72,7 | |
| Total | | 22 | 100,0 | |
| Tempo no serviço atual | | | | |
| | | Frequência | % | % válida |
| < = 2 anos | | 3 | 13,3 | 15 |
| 3 a 9 anos | | 6 | 27,3 | 30 |
| = > 10 anos | | 11 | 50 | 55 |
| Total | | 20 | 90,9 | 100,0 |
| Omisso | Sistema | 2 | 9,1 | |
| Total | | 22 | 100,0 | |
| Situação religiosa/espiritual | | | | |
| | | Frequência | % | |
| Sem crença religiosa ou espiritual | | 2 | 9,1 | |
| Possui crença religiosa | | 17 | 77,3 | |
| Possui crença espiritual | | 3 | 13,6 | |
| Total | | 22 | 100,0 | |

APÊNDICE VIII – Análise do funcionamento do sistema

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

ANÁLISE DO FUNCIONAMENTO DO SISTEMA

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais pelos comportamentos de saúde (QACS)

| Exercício Físico | | |
|--|------------|-------|
| 1- Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana. | Frequência | % |
| Quase sempre | 15 | 17,2 |
| Com muita frequência | 4 | 4,6 |
| Muitas vezes | 6 | 6,9 |
| Ocasionalmente | 23 | 26,4 |
| Quase nunca | 39 | 44,8 |
| Total | 87 | 100,0 |

| | | |
|---|------------|-------|
| 2- Ando a pé ou de bicicleta diariamente. | Frequência | % |
| Quase sempre | 19 | 24,1 |
| Com muita frequência | 15 | 17,2 |
| Muitas vezes | 16 | 18,4 |
| Ocasionalmente | 16 | 18,4 |
| Quase nunca | 21 | 24,1 |
| Total | 87 | 100,0 |

| | | |
|--|------------|-------|
| 3- Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (p. ex., corrida, ténis, natação, futebol, etc.). | Frequência | % |
| Quase sempre | 13 | 14,9 |
| Com muita frequência | 3 | 3,4 |
| Muitas vezes | 9 | 10,3 |
| Ocasionalmente | 21 | 24,1 |
| Quase nunca | 41 | 47,1 |
| Total | 87 | 100,0 |

| Nutrição | | |
|--|------------|-------|
| 4- Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho. | Frequência | % |
| Quase sempre | 15 | 17,2 |
| Com muita frequência | 26 | 29,9 |
| Muitas vezes | 20 | 23,0 |
| Ocasionalmente | 14 | 16,1 |
| Quase nunca | 12 | 13,8 |
| Total | 87 | 100,0 |

| | | |
|--|------------|-------|
| 5- Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal. | Frequência | % |
| Quase sempre | 21 | 24,1 |
| Com muita frequência | 25 | 28,7 |
| Muitas vezes | 16 | 18,4 |
| Ocasionalmente | 13 | 14,9 |
| Quase nunca | 12 | 13,8 |
| Total | 87 | 100,0 |

| | | |
|---|------------|-------|
| 6- Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes. | Frequência | % |
| Quase sempre | 16 | 18,4 |
| Com muita frequência | 24 | 27,6 |
| Muitas vezes | 23 | 26,4 |
| Ocasionalmente | 15 | 17,2 |
| Quase nunca | 9 | 10,3 |
| Total | 87 | 100,0 |

| | | |
|--|------------|-------|
| 18- Evito ingerir alimentos com gordura. | Frequência | % |
| Quase sempre | 21 | 24,1 |
| Com muita frequência | 27 | 31,0 |
| Muitas vezes | 21 | 24,1 |
| Ocasionalmente | 14 | 16,1 |
| Quase nunca | 4 | 4,6 |
| Total | 87 | 100,0 |

| | | |
|---|------------|-------|
| 22- Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.). | Frequência | % |
| Quase sempre | 14 | 16,1 |
| Com muita frequência | 19 | 21,8 |
| Muitas vezes | 27 | 31,0 |
| Ocasionalmente | 23 | 26,4 |
| Quase nunca | 4 | 4,6 |
| Total | 87 | 100,0 |

**STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR**

| Autocuidado | | |
|--|-------------------|----------|
| 8- Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado. | Frequência | % |
| Quase sempre | 10 | 11,5 |
| Com muita frequência | 11 | 12,6 |
| Muitas vezes | 16 | 18,4 |
| Ocasionalmente | 29 | 33,3 |
| Quase nunca | 21 | 24,1 |
| Total | 87 | 100,0 |
| 9- Mantenho as minhas vacinas em dia. | Frequência | % |
| Quase sempre | 72 | 82,8 |
| Com muita frequência | 6 | 6,9 |
| Muitas vezes | 5 | 5,7 |
| Ocasionalmente | 2 | 2,3 |
| Quase nunca | 2 | 2,3 |
| Total | 87 | 100,0 |
| 10- Verifico anualmente a minha pressão arterial. | Frequência | % |
| Quase sempre | 44 | 50,6 |
| Com muita frequência | 10 | 11,5 |
| Muitas vezes | 12 | 13,8 |
| Ocasionalmente | 14 | 16,1 |
| Quase nunca | 7 | 8,0 |
| Total | 87 | 100,0 |
| 11- Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes. | Frequência | % |
| Quase sempre | 40 | 46,0 |
| Com muita frequência | 14 | 16,1 |
| Muitas vezes | 11 | 12,6 |
| Ocasionalmente | 11 | 12,6 |
| Quase nunca | 11 | 12,6 |
| Total | 87 | 100,0 |
| 12- Vou anualmente ao médico fazer um check-up. | Frequência | % |
| Quase sempre | 27 | 31,4 |
| Com muita frequência | 9 | 10,5 |
| Muitas vezes | 10 | 11,6 |
| Ocasionalmente | 23 | 26,7 |
| Quase nunca | 17 | 19,8 |
| Omisso | 1 | |
| Total | 86 | 100,0 |

| | | |
|---|-------------------|----------|
| 23- Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco. | Frequência | % |
| Quase sempre | 45 | 51,7 |
| Com muita frequência | 15 | 17,2 |
| Muitas vezes | 12 | 13,8 |
| Ocasionalmente | 9 | 10,3 |
| Quase nunca | 6 | 6,9 |
| Total | 87 | 100,0 |
| 24- Evito os ambientes muito ruidosos. | Frequência | % |
| Quase sempre | 36 | 41,4 |
| Com muita frequência | 21 | 24,1 |
| Muitas vezes | 19 | 21,8 |
| Ocasionalmente | 7 | 8,0 |
| Quase nunca | 4 | 4,6 |
| Total | 87 | 100,0 |
| 25- Evito os ambientes que tenham o ar poluído. | Frequência | % |
| Quase sempre | 31 | 35,6 |
| Com muita frequência | 24 | 27,6 |
| Muitas vezes | 20 | 23,0 |
| Ocasionalmente | 7 | 8,0 |
| Quase nunca | 5 | 5,7 |
| Total | 87 | 100,0 |
| 26- Evito mudar de parceiro sexual. | Frequência | % |
| Quase sempre | 78 | 89,7 |
| Com muita frequência | 1 | 1,1 |
| Muitas vezes | 4 | 4,6 |
| Ocasionalmente | 1 | 1,1 |
| Quase nunca | 3 | 3,4 |
| Total | 87 | 100,0 |
| 27- Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal. | Frequência | % |
| Quase sempre | 80 | 92,0 |
| Com muita frequência | 1 | 1,1 |
| Muitas vezes | 4 | 4,6 |
| Ocasionalmente | 0 | 0 |
| Quase nunca | 2 | 2,3 |
| Total | 87 | 100,0 |

**STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR**

28- Devido a doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções.

| | Frequência | % |
|----------------------|------------|-------|
| Quase sempre | 80 | 92,0 |
| Com muita frequência | 2 | 2,3 |
| Muitas vezes | 2 | 2,3 |
| Ocasionalmente | 0 | 0 |
| Quase nunca | 3 | 3,4 |
| Total | 87 | 100,0 |

Uso de drogas e similares

7- Não bebo mais do que duas bebidas alcoólicas por dia.

| | Frequência | % |
|----------------------|------------|-------|
| Quase sempre | 58 | 66,7 |
| Com muita frequência | 2 | 2,3 |
| Muitas vezes | 0 | 0 |
| Ocasionalmente | 4 | 4,7 |
| Quase nunca | 22 | 25,6 |
| Omisso | 1 | |
| Total | 86 | 100,0 |

16- Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico.

| | Frequência | % |
|----------------------|------------|-------|
| Quase sempre | 46 | 53,5 |
| Com muita frequência | 12 | 14,0 |
| Muitas vezes | 14 | 16,3 |
| Ocasionalmente | 11 | 12,8 |
| Quase nunca | 3 | 3,5 |
| Omisso | 1 | |
| Total | 86 | 100,0 |

17- Evito fumar.

| | Frequência | % |
|----------------------|------------|-------|
| Quase sempre | 53 | 60,9 |
| Com muita frequência | 6 | 6,9 |
| Muitas vezes | 3 | 3,4 |
| Ocasionalmente | 4 | 4,6 |
| Quase nunca | 21 | 24,1 |
| Total | 87 | 100,0 |

19- Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar

bebidas tais como café, chá ou coca-cola.

| | Frequência | % |
|----------------------|------------|-------|
| Quase sempre | 12 | 13,8 |
| Com muita frequência | 12 | 13,8 |
| Muitas vezes | 7 | 8,0 |
| Ocasionalmente | 20 | 23,0 |
| Quase nunca | 36 | 41,4 |
| Total | 87 | 100,0 |

20- Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros).

| | Frequência | % |
|----------------------|------------|-------|
| Quase sempre | 77 | 88,5 |
| Com muita frequência | 0 | 0 |
| Muitas vezes | 2 | 2,3 |
| Ocasionalmente | 1 | 1,1 |
| Quase nunca | 7 | 8,0 |
| Total | 87 | 100,0 |

21- Evito tomar tranquilizantes.

| | Frequência | % |
|----------------------|------------|-------|
| Quase sempre | 69 | 79,3 |
| Com muita frequência | 7 | 8,0 |
| Muitas vezes | 5 | 5,7 |
| Ocasionalmente | 3 | 3,4 |
| Quase nunca | 3 | 3,4 |
| Total | 87 | 100,0 |

Segurança motorizada

13- Não guio (carro, motorizada, etc.)

quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais.

| | Frequência | % |
|----------------------|------------|-------|
| Quase sempre | 62 | 72,1 |
| Com muita frequência | 1 | 1,2 |
| Muitas vezes | 6 | 7,0 |
| Ocasionalmente | 1 | 1,2 |
| Quase nunca | 16 | 18,6 |
| Omisso | 1 | |
| Total | 86 | 100,0 |

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

| 14- Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade. | | |
|---|------------|-------|
| | Frequência | % |
| Quase sempre | 51 | 59,3 |
| Com muita frequência | 22 | 25,6 |
| Muitas vezes | 10 | 11,6 |
| Ocasionalmente | 1 | 1,2 |
| Quase nunca | 2 | 2,3 |
| Omisso | 1 | |
| Total | 86 | 100,0 |

| 15- Quando viajo de carro e não sou o condutor, coloco o cinto de segurança. | | |
|---|------------|-------|
| | Frequência | % |
| Quase sempre | 79 | 90,8 |
| Com muita frequência | 4 | 4,6 |
| Muitas vezes | 3 | 3,4 |
| Ocasionalmente | 1 | 1,1 |
| Quase nunca | 0 | 0 |
| Total | 87 | 100,0 |

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

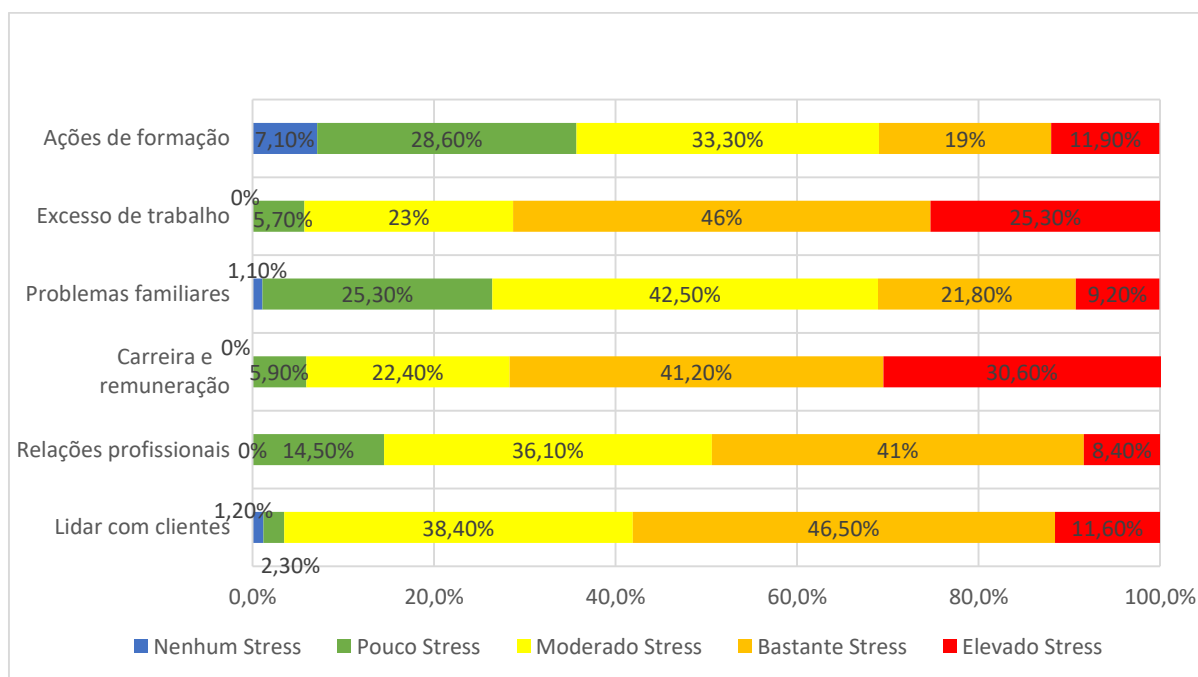
Tabela 2 – Distribuição dos profissionais pela percepção do nível de stress ocupacional

| Nível global de stress ocupacional | | | |
|---|-----------------|------------|-------|
| | | Frequência | % |
| | Nenhum stress | 0 | 0 |
| | Pouco stress | 4 | 4,6 |
| | Moderado stress | 36 | 41,4 |
| | Bastante stress | 28 | 32,2 |
| | Elevado stress | 19 | 21,8 |
| Total | | 87 | 100,0 |
| Nível de stress relacionado com o excesso de trabalho | | | |
| | | Frequência | % |
| | Nenhum stress | 0 | 0 |
| | Pouco stress | 5 | 5,7 |
| | Moderado stress | 20 | 23 |
| | Bastante stress | 40 | 46 |
| | Elevado stress | 22 | 25,3 |
| Total | | 87 | 100,0 |
| Nível de stress relacionado com a carreira e remuneração | | | |
| | | Frequência | % |
| | Nenhum stress | 0 | 0 |
| | Pouco stress | 5 | 5,9 |
| | Moderado stress | 19 | 22,4 |
| | Bastante stress | 35 | 41,2 |
| | Elevado stress | 26 | 30,6 |
| Omisso | | 2 | |
| Total | | 85 | 100,0 |
| Nível de stress relacionado com as relações profissionais | | | |
| | | Frequência | % |
| | Nenhum stress | 0 | 0 |
| | Pouco stress | 12 | 14,5 |
| | Moderado stress | 30 | 36,1 |
| | Bastante stress | 34 | 41,0 |
| | Elevado stress | 7 | 8,4 |
| Omisso | | 4 | |
| Total | | 83 | 100,0 |
| Nível de stress relacionado com as ações de formação | | | |
| | | Frequência | % |
| | Nenhum stress | 6 | 7,1 |
| | Pouco stress | 24 | 28,6 |
| | Moderado stress | 28 | 33,3 |
| | Bastante stress | 16 | 19,0 |
| | Elevado stress | 10 | 11,9 |
| Omisso | | 3 | |
| Total | | 84 | 100,0 |

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

| Nível de stress relacionado com os problemas familiares | | |
|---|------------|-------|
| | Frequência | % |
| Nenhum stress | 1 | 1,1 |
| Pouco stress | 22 | 25,3 |
| Moderado stress | 37 | 42,5 |
| Bastante stress | 19 | 21,8 |
| Elevado stress | 8 | 9,2 |
| Total | 87 | 100,0 |
| Nível de stress relacionado com lidar com clientes | | |
| | Frequência | % |
| Nenhum stress | 1 | 1,2 |
| Pouco stress | 2 | 2,3 |
| Moderado stress | 33 | 38,4 |
| Bastante stress | 40 | 46,5 |
| Elevado stress | 10 | 11,6 |
| Omisso | 1 | |
| Total | 86 | 100,0 |

Gráfico 1 – Fatores de stress ocupacional percecionados pelos profissionais em percentagem



STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

Tabela 3 – Mecanismos de coping utilizados pelos profissionais (Brief COPE)

| Brief COPE | | | | | |
|--------------------------------|----|------|------|-------|------|
| Subescalas | n | Min | Máx | M | DP |
| Coping ativo | 87 | 1,00 | 3,00 | 2,07↑ | 0,62 |
| Planeamento | 87 | 1,00 | 3,00 | 2,15↑ | 0,58 |
| Suporte instrumental | 87 | 0,00 | 3,00 | 1,63 | 0,70 |
| Suporte emocional | 87 | 0,00 | 3,00 | 1,76↑ | 0,80 |
| Religião | 87 | 0,00 | 3,00 | 0,93↓ | 0,86 |
| Reinterpretação positiva | 87 | 0,00 | 3,00 | 1,89↑ | 0,71 |
| Autoculpabilização | 87 | 0,00 | 3,00 | 1,54 | 0,70 |
| Aceitação | 87 | 1,00 | 3,00 | 1,67 | 0,52 |
| Expressão de sentimentos | 87 | 0,00 | 3,00 | 1,72 | 0,73 |
| Negação | 86 | 0,00 | 3,00 | 0,95↓ | 0,77 |
| Autodistração | 87 | 0,00 | 3,00 | 1,57 | 0,71 |
| Desinvestimento comportamental | 87 | 0,00 | 2,00 | 0,67↓ | 0,68 |
| Abuso de substâncias | 85 | 0,00 | 3,00 | 0,15↓ | 0,50 |
| Humor | 87 | 0,00 | 3,00 | 1,55 | 0,71 |

↑ mais utilizados; ↓ menos utilizados

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

Gráfico 2 – Acidentes de trabalho e sua notificação ao SSO

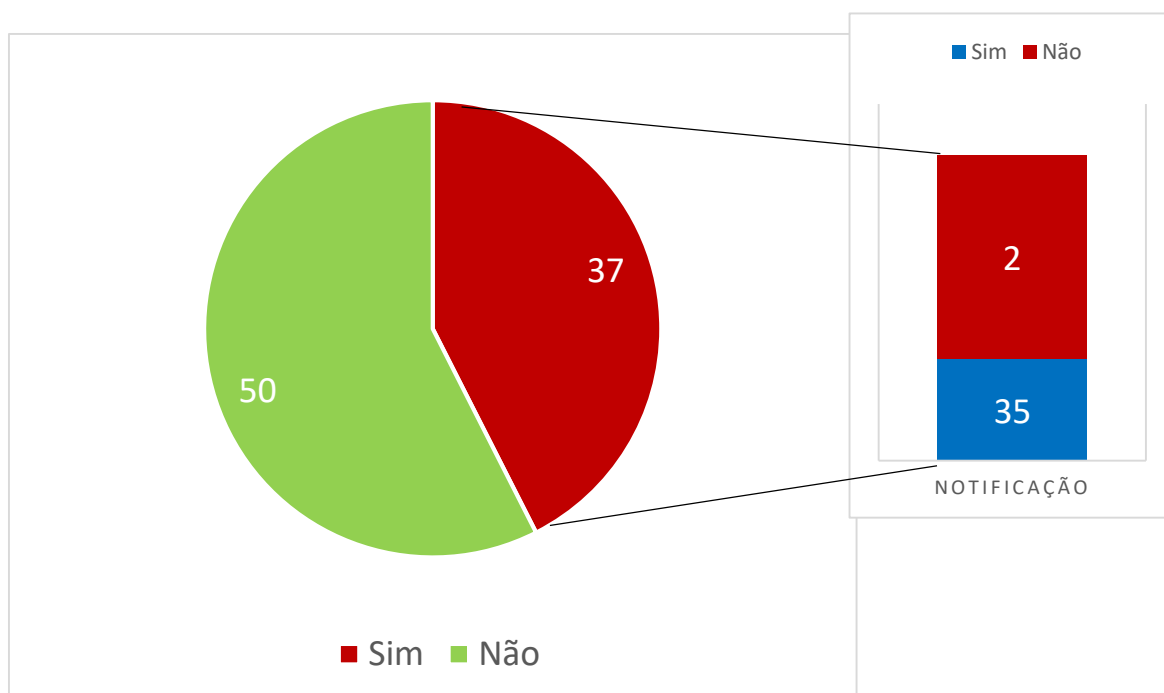
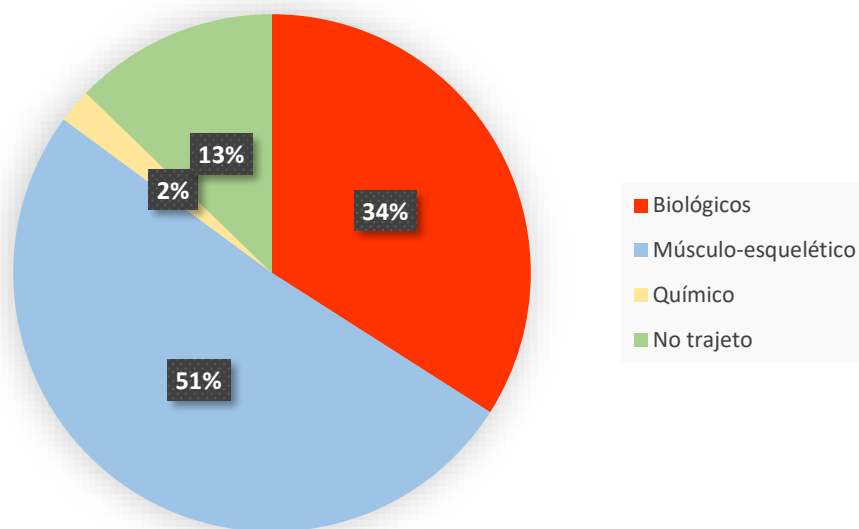


Gráfico 3 – Natureza dos acidentes de trabalho



APÊNDICE IX – Diagnósticos de Enfermagem

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

| Diagnóstico de Enfermagem | | Resultados do DSS |
|--|---------------|---|
| Ameaça à linha flexível de defesa dos profissionais de saúde, relacionada com os stressores do intrasistema: | | |
| Linguagem CIPE | | |
| Foco | Juízo | |
| lesão (acidente de trabalho) | Risco de | Na questão se “sofreu algum acidente de trabalho” 42,5% refere “Sim”; 94,6% refere ter notificado; 51% foram de natureza músculo-esquelética. |
| Diagnóstico de Enfermagem | | Resultados do DSS |
| Ameaça à linha normal de defesa dos profissionais de saúde, relacionada com os stressores do extrasistema: | | |
| Linguagem CIPE | | |
| Foco | Juízo | |
| não adesão a precauções de segurança (motorizada) | Risco de | Para as afirmações “Não guio (...) quando bebo demais (...) quando guio gosto de me manter dentro dos limites de velocidade (...) e coloco o cinto de segurança” 18,6%, 2,3% e 0% respetivamente, respondeu “Quase nunca” e 1,2%, 1,2% e 1,1% “Ocasionalmente”. |
| Diagnóstico de Enfermagem | | Resultados do DSS |
| Ameaça à linha normal de defesa dos profissionais de saúde, relacionada com os stressores do intrasistema: | | |
| Linguagem CIPE | | |
| Foco | Juízo | |
| problema de emprego | Risco de | 36,8% dos profissionais têm horário rotativo; 11,4% refere acumular mais de 40 horas semanais. |
| ingestão nutricional comprometida | Risco de | Para as afirmações “Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado (...) reduzir a ingestão de sal (...) planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada (...) evito ingerir alimentos com gordura (...) alimentos que são feitos à base de açúcar (...)” 13,8%, 13,8%, 10,3%, 4,6% e 4,6% respetivamente, respondeu “Quase nunca” e 16,1%, 14,9%, 17,2%, 16,1% e 26,4%, respetivamente, respondeu “Ocasionalmente”. |
| abuso do tabaco | Risco de | Para a afirmação “Evito fumar” 24,1% respondeu “Quase nunca” e 4,6% “Ocasionalmente”. |
| abuso de substâncias (estimulantes ou tranquilizantes) | Risco de | Para as afirmações “Evito utilizar estimulantes (...) tranquilizantes” 8,0% e 3,4% respetivamente, respondeu “Quase nunca” e 1,1% e 3,4% “Ocasionalmente”. |
| abuso de álcool | Risco de | Para a afirmação “Não bebo mais do que duas bebidas alcoólicas por dia” 25,6% respondeu “Quase nunca” e 4,7% “Ocasionalmente”. |
| exposição a fumo passivo | Risco de | Para a afirmação “Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco” 51,7% respondeu “Quase sempre” e 17,2% “Ocasionalmente”. |
| Atitude face à gestão da medicação | dificultadora | Para a afirmação “Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico” 53,5% respondeu “Quase sempre” e 14% “Ocasionalmente”. |

**STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR**

| | | |
|---|--------------|---|
| comportamento sexual comprometido | Risco de | Para as afirmações “Evito mudar de parceiro sexual (...) ter relações sexuais com pessoas que conheço mal (...) sem tomar precauções” 89,7%, 92% e 92%, respetivamente, respondeu “Quase sempre”. |
| coping comprometido | Risco de | Os mecanismos de coping com média mais elevada de utilização foram o planeamento, o coping ativo, a reinterpretação positiva e o suporte emocional. |
| Diagnóstico de Enfermagem | | Resultados do DSS |
| Rotura da linha normal de defesa dos profissionais de saúde, relacionada com os stressores do extrasistema: | | |
| Linguagem CIPE | | |
| Foco | Juízo | |
| Sobrecarga por stress devido a carreira e remuneração | atual | 91,9% dos profissionais perceciona este stressor como moderado a elevado. |
| Sobrecarga por stress devido a problemas familiares | atual | 73,5% dos profissionais perceciona este stressor como moderado a elevado. |
| Diagnóstico de Enfermagem | | Resultados do DSS |
| Rotura da linha normal de defesa dos profissionais de saúde, relacionada com os stressores do intersistema: | | |
| Linguagem CIPE | | |
| Foco | Juízo | |
| Sobrecarga por stress devido a lidar com clientes | atual | 96,5% dos profissionais perceciona este stressor como moderado a elevado. |
| Sobrecarga por stress devido a ações de formação | atual | 62,1% dos profissionais perceciona este stressor como moderado a elevado. |
| Diagnóstico de Enfermagem | | Resultados do DSS |
| Rotura da linha normal de defesa dos profissionais de saúde, relacionada com os stressores do intrasistema: | | |
| Linguagem CIPE | | |
| Foco | Juízo | |
| Padrão de exercício | comprometido | Para a afirmação “Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana” 44,8% respondeu “Quase nunca” e 26,4% “Ocasionalmente”. Para a afirmação “Ando a pé ou de bicicleta diariamente”, 24,1% respondeu “Quase nunca” e 18,4% “Ocasionalmente”. Para a afirmação “Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana”, 47,1% respondeu “Quase nunca” e 24,1% “Ocasionalmente”. |
| Sono | comprometido | Para a afirmação “Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado” 24,1% respondeu “Quase nunca” e 33,3% “Ocasionalmente”. |
| Abuso de substâncias (bebidas com cafeína) | atual | Para a afirmação “Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais como café, chá ou coca-cola” 41,4% respondeu “Quase nunca” e 23,0% “Ocasionalmente”. |
| Status psicológico | comprometido | 52,9% dos profissionais apresenta níveis reduzidos no índice de Bem-estar da OMS; 95,4% dos profissionais perceciona o nível global de stress ocupacional como moderado a elevado. |

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

| | | |
|---|----------|---|
| Sobrecarga por stress devido a excesso de trabalho | atual | 94,3% dos profissionais perceciona estes stressor como moderado a elevado. |
| Sobrecarga por stress devido a relações profissionais | atual | 81,6% dos profissionais perceciona estes stressor como moderado a elevado. |
| Diagnóstico de Enfermagem | | Resultados do DSS |
| Ameaça às linhas de resistência dos profissionais de saúde, relacionada com stressores do intrasistema: | | |
| Linguagem CIPE | | |
| Foco | Juízo | |
| não adesão a comportamento de procura de saúde | Risco de | Para a afirmação “Verifico anualmente a minha pressão arterial” 8,0% respondeu “Quase nunca” e 16,1% “Ocasionalmente”. Para a afirmação “Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes” 12,6% respondeu “Quase nunca” e 12,6% “Ocasionalmente”. Para a afirmação “Vou anualmente ao médico fazer um check-up” 19,8% respondeu “Quase nunca” e 26,7% “Ocasionalmente”. |
| não adesão ao regime de imunização | Risco de | Para a afirmação “Mantenho as minhas vacinas em dia” 2,3% respondeu “Quase nunca” e 2,3% “Ocasionalmente”. |

APÊNDICE X – Priorização pela técnica da Grelha de Análise

PRIORIZAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

(A) Risco de não adesão a comportamento de procura de saúde.

Importância do problema:

Atribuiu-se classificação (+) pois a procura de saúde é importante para o reforço das linhas de resistência do sistema.

Relação entre problema e fator de risco:

Atribuiu-se classificação (-) pelos resultados obtidos através da recolha de informação na amostra representarem uma ameaça ao sistema e não uma rotura.

Capacidade técnica de resolver o problema:

A classificação (+) deveu-se à possibilidade de incentivar a vigilância de saúde no SSO.

Exequibilidade do projeto:

Atribuiu-se classificação (+) por ser uma das principais atividades do SSO que se enquadra perfeitamente no presente projeto.

Assim, o diagnóstico de enfermagem obtém uma recomendação de **5**.

(B) Risco de não adesão ao regime de imunização.

Importância do problema:

Atribuiu-se classificação (+) pois a imunização é importante para o reforço das linhas de resistência do sistema.

Relação entre problema e fator de risco:

Atribuiu-se classificação (-) pelos resultados obtidos através da recolha de informação na amostra representarem uma ameaça à linha normal de defesa do sistema e não uma rotura.

Capacidade técnica de resolver o problema:

A classificação (+) deveu-se à possibilidade de incentivar a imunização no SSO, por parte dos profissionais.

Exequibilidade do projeto:

Atribuiu-se classificação (+) por ser uma das principais atividades do SSO que se enquadra perfeitamente no presente projeto.

Assim, o diagnóstico de enfermagem obtém uma recomendação de **5**.

(C) Padrão de exercício comprometido.

Importância do problema:

Atribuiu-se classificação (+) pois a prática de exercício físico regular é importante para o reforço das linhas de defesa do sistema.

Relação entre problema e fator de risco:

Atribuiu-se classificação (+) pelos resultados obtidos através da recolha de informação na amostra representarem uma rotura da linha normal de defesa do sistema.

Capacidade técnica de resolver o problema:

A classificação (-) deveu-se à impossibilidade de realizar estratégias efetivas de promoção da prática do exercício físico.

Exequibilidade do projeto:

Atribuiu-se classificação (-) por não ser possível desenvolver estratégias no presente projeto.

Assim, o diagnóstico de enfermagem obtém uma recomendação de **4**.

(D) Sono comprometido.

Importância do problema:

Atribuiu-se classificação (+) pois um padrão de sono normal é importante para o reforço das linhas de defesa do sistema.

Relação entre problema e fator de risco:

Atribuiu-se classificação (+) pelos resultados obtidos através da recolha de informação na amostra representarem uma rotura da linha normal de defesa do sistema.

Capacidade técnica de resolver o problema:

Atribuiu-se classificação (-) pois, apesar de ser possível abordar a temática em sessões de Educação para a Saúde, pode não ser possível intervir em todas as causas deste problema.

Exequibilidade do projeto:

Atribuiu-se classificação (-) por não ser possível desenvolver as melhores estratégias no presente projeto.

Assim, o diagnóstico de enfermagem obtém uma recomendação de **4**.

(E) Abuso de substâncias (bebidas com cafeína) atual.

Importância do problema:

Atribuiu-se classificação (-), pois o diagnóstico de enfermagem não foi considerado pelos nossos peritos como prioritário, apesar dos resultados obtidos na amostra.

Relação entre problema e fator de risco:

Atribuiu-se classificação (+) pelos resultados obtidos através da recolha de informação na amostra representarem uma rotura da linha normal de defesa do sistema.

Capacidade técnica de resolver o problema:

Atribuiu-se classificação (-) pois, apesar de ser possível abordar a temática em sessões de Educação para a Saúde, pode não ser a estratégia mais eficaz.

Exequibilidade do projeto:

Atribuiu-se classificação (-) por não ser possível desenvolver as melhores estratégias no presente projeto.

Assim, o diagnóstico de enfermagem obtém uma recomendação de **12**.

(F) Risco de abuso do tabaco.

Importância do problema:

Atribuiu-se classificação (+), pois o consumo de tabaco é um comportamento não saudável e um fator de risco para o desequilíbrio do sistema.

Relação entre problema e fator de risco:

Atribuiu-se classificação (-) pelos resultados obtidos através da recolha de informação na amostra representarem uma ameaça à linha normal de defesa do sistema.

Capacidade técnica de resolver o problema:

Atribuiu-se classificação (+) pois é possível sensibilizar os profissionais para a integração no programa de cessação tabágica desenvolvido pelo SSO.

Exequibilidade do projeto:

Atribuiu-se classificação (+) por ser uma das principais atividades do SSO que se enquadra no presente projeto.

Assim, o diagnóstico de enfermagem obtém uma recomendação de **5**.

(G) Status psicológico comprometido.

Importância do problema:

Atribuiu-se classificação (+), pois o presente diagnóstico de enfermagem constitui o cerne do presente projeto e foi considerado importante pelos peritos.

Relação entre problema e fator de risco:

Atribuiu-se classificação (+) pelos resultados obtidos através da recolha de informação na amostra representarem rotura da linha normal de defesa do sistema.

Capacidade técnica de resolver o problema:

Atribuiu-se classificação (+) pois é possível desenvolver estratégias de gestão de stress e promoção da resiliência dos profissionais, que contribuirão para o restabelecimento do equilíbrio do sistema.

Exequibilidade do projeto:

Atribuiu-se classificação (+) por ser possível a intervenção nesta área no presente projeto.

Assim, o diagnóstico de enfermagem obtém uma recomendação de **1**.

(H) Sobrecarga por stress devido a carreira e remuneração atual.

Importância do problema:

Atribuiu-se classificação (-), pois, apesar de se considerar um importante stressor para o desequilíbrio do sistema, o facto da sua origem ser extrasistema, nomeadamente, fatores económicos, coloca-o fora do âmbito das competências a desenvolver.

Relação entre problema e fator de risco:

Atribuiu-se classificação (+) pelos resultados obtidos através da recolha de informação na amostra representarem rotura da linha normal de defesa do sistema.

Capacidade técnica de resolver o problema:

Atribuiu-se classificação (-) pois não é possível desenvolver estratégias para prevenir o efeito deste stressor.

Exequibilidade do projeto:

Atribuiu-se classificação (-) por não ser exequível no presente projeto.

Assim, o diagnóstico de enfermagem obtém uma recomendação de **12**.

(I) Sobrecarga por stress devido a problemas familiares atual.

Importância do problema:

Atribuiu-se classificação (-), pois, dentro dos stressores analisados, não foi considerado o mais prioritário para a intervenção, estando o mesmo ao nível do extrasistema.

Relação entre problema e fator de risco:

Atribuiu-se classificação (+) pelos resultados obtidos através da recolha de informação na amostra representarem rotura da linha normal de defesa do sistema.

Capacidade técnica de resolver o problema:

Atribuiu-se classificação (-) pois, apesar do EEEEC ter competências para intervir nesta área, não é possível desenvolver estratégias para prevenir o efeito deste stressor no contexto em que se desenvolve o presente projeto.

Exequibilidade do projeto:

Atribuiu-se classificação (-) por não ser exequível no presente projeto.

Assim, o diagnóstico de enfermagem obtém uma recomendação de **12**.

(J) Sobrecarga por stress devido a lidar com clientes atual.

Importância do problema:

Atribuiu-se classificação (+), pois o stressor identificado tem um grande peso para o sistema, causando desequilíbrio, sendo considerado importante pelos peritos.

Relação entre problema e fator de risco:

Atribuiu-se classificação (+) pelos resultados obtidos através da recolha de informação na amostra representarem rotura da linha normal de defesa do sistema.

Capacidade técnica de resolver o problema:

Atribuiu-se classificação (+) pois é possível desenvolver estratégias de gestão de stress e promoção da resiliência dos profissionais, que contribuirão para o restabelecimento do equilíbrio do sistema.

Exequibilidade do projeto:

Atribuiu-se classificação (+) por ser possível a intervenção nesta área no presente projeto.

Assim, o diagnóstico de enfermagem obtém uma recomendação de **1**.

(K) Sobrecarga por stress devido a excesso de trabalho atual.

Importância do problema:

Atribuiu-se classificação (+), pois o stressor identificado tem um grande peso para o sistema, causando desequilíbrio, sendo considerado importante pelos peritos.

Relação entre problema e fator de risco:

Atribuiu-se classificação (+) pelos resultados obtidos através da recolha de informação na amostra representarem rotura da linha normal de defesa do sistema.

Capacidade técnica de resolver o problema:

Atribuiu-se classificação (-) pois, apesar de ser possível desenvolver algumas estratégias que possam contribuir para o restabelecimento do equilíbrio do sistema, outras poderão ser mais complexas para o presente projeto.

Exequibilidade do projeto:

Atribuiu-se classificação (-) por não ser possível desenvolver as melhores estratégias no presente projeto.

Assim, o diagnóstico de enfermagem obtém uma recomendação de **4**.

(L) Sobrecarga por stress devido a relações profissionais atual.

Importância do problema:

Atribuiu-se classificação (+), pois o stressor identificado tem peso para o sistema, causando desequilíbrio, sendo considerado importante pelos peritos.

Relação entre problema e fator de risco:

Atribuiu-se classificação (+) pelos resultados obtidos através da recolha de informação na amostra representarem rotura da linha normal de defesa do sistema.

Capacidade técnica de resolver o problema:

Atribuiu-se classificação (-) pois, apesar de ser possível desenvolver algumas estratégias que possam contribuir para o restabelecimento do equilíbrio do sistema, outras poderão ser mais complexas para o presente projeto.

Exequibilidade do projeto:

Atribuiu-se classificação (-) por não ser possível desenvolver as melhores estratégias no presente projeto.

Assim, o diagnóstico de enfermagem obtém uma recomendação de **4**.

(M) Risco de coping comprometido.

Importância do problema:

Atribuiu-se classificação (+), pois o presente diagnóstico de enfermagem relaciona-se com a temática do projeto e foi considerado importante pelos peritos.

Relação entre problema e fator de risco:

Atribuiu-se classificação (-) pelos resultados obtidos através da recolha de informação na amostra representarem ameaça à linha normal de defesa do sistema.

Capacidade técnica de resolver o problema:

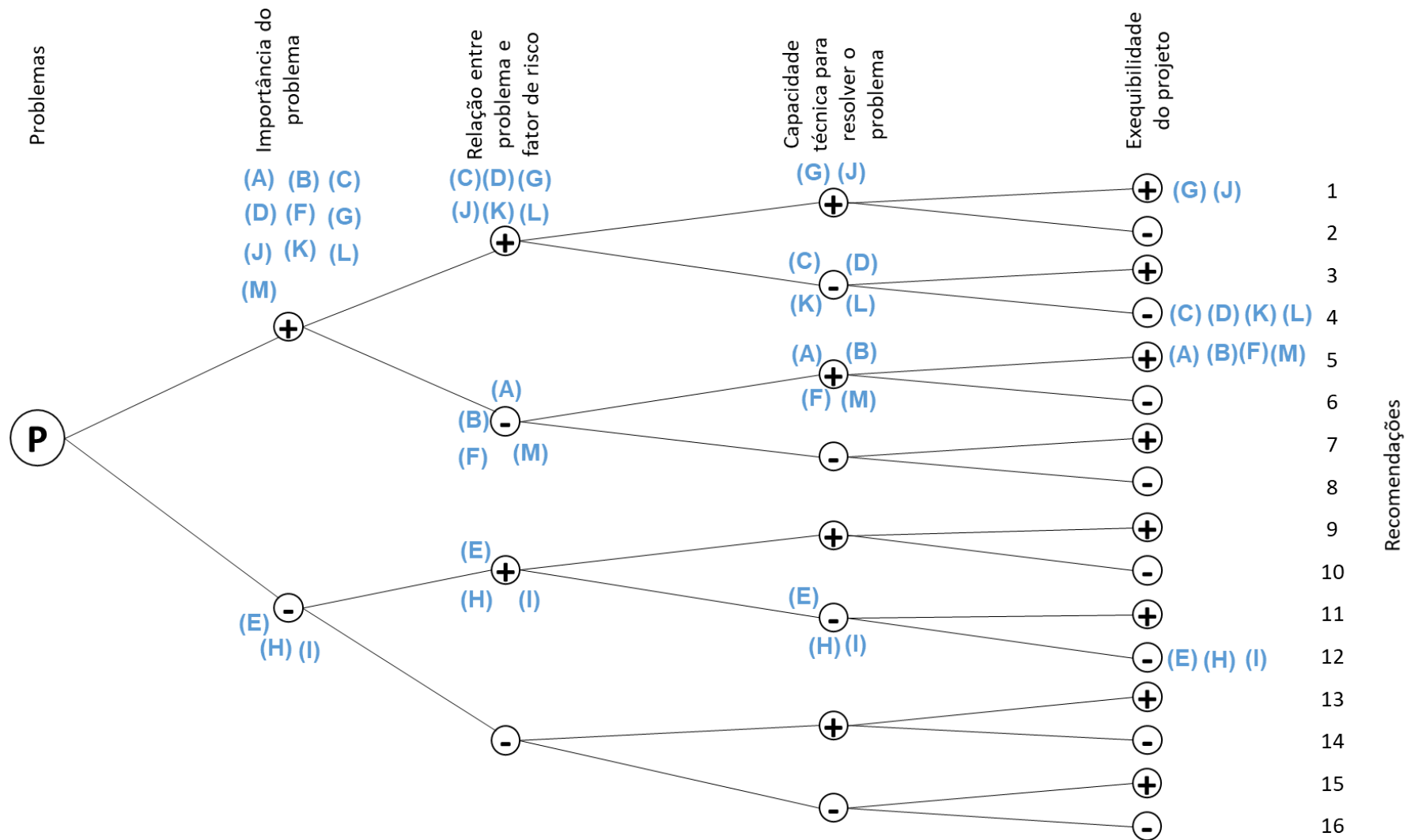
Atribuiu-se classificação (+) pois é possível desenvolver estratégias de gestão de stress e promoção da resiliência dos profissionais, que contribuirão para o restabelecimento do equilíbrio do sistema.

Exequibilidade do projeto:

Atribuiu-se classificação (+) por ser possível a intervenção nesta área no presente projeto.

Assim, o diagnóstico de enfermagem obtém uma recomendação de **5**.

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR



APÊNDICE XI – Ambiente criado pelo sistema cliente agregado:
stressores identificados pelos profissionais de saúde no local de
trabalho e estratégias de prevenção

AMBIENTE CRIADO PELO SISTEMA CLIENTE AGREGADO: stressores identificados pelos profissionais de saúde no local de trabalho e estratégias de prevenção.

INTRODUÇÃO

O ambiente criado é interpretado como uma construção da realidade por parte do sistema cliente, que influencia a sua perceção e a reação aos stressores. Os comportamentos expressados pelo sistema cliente a partir do seu ambiente criado devem ser interpretados pelo enfermeiro, de forma a compreender o funcionamento do mesmo. A partir desta interpretação será possível ajudar o sistema cliente a perceber a qualidade e o impacto do seu ambiente criado sobre os comportamentos de saúde e estabelecer objetivos mútuos e significativos para ambos (Neuman & Fawcett, 2011).

A este processo as mesmas autoras designam de feedback, através do qual se partilham observações, preocupações e sugestões. A partir daqui é possível melhorar o conhecimento do ambiente criado do sistema cliente e, consequentemente, promover o seu bem-estar.

Posto isto, tornou-se necessário aprofundar os conhecimentos obtidos a partir do diagnóstico de situação de saúde do sistema cliente agregado em questão, mais particularmente, sobre os stressores que ameaçavam o seu equilíbrio. Para tal, aquando da divulgação dos resultados, fizeram-se duas perguntas abertas no final da apresentação:

- nomeie o maior problema para si, no seu local de trabalho, causador de stress ocupacional;
- identifique medidas de controlo exequíveis para prevenir ou minimizar o problema.

As respostas obtidas, de um total de 47 profissionais de saúde, permitiram determinar a perceção do sistema sobre os stressores a que estão sujeitos e sua prevenção e foram submetidas a análise de conteúdo, que aqui se apresenta.

Desta forma, não só se procurou identificar mais concretamente que stressores ameaçavam o sistema, como também, definir objetivos mútuos para as intervenções a desenvolver.

Análise de Conteúdo das respostas dadas pelo Sistema Cliente

Bardin (2015) considera a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, através de procedimentos sistemáticos e objetivos. Neste caso concreto, procedeu-se à análise das respostas às perguntas abertas anteriormente apresentadas, através da análise de conteúdo de natureza temática, onde se procurou identificar temas e subtemas (categorias e subcategorias), tal como determinado pela mesma autora.

O recurso a esta metodologia qualitativa deveu-se à necessidade de aprofundar o conhecimento do ambiente criado, para esclarecer alguns dados quantitativos obtidos na fase de diagnóstico da situação de saúde. Desta forma foi possível captar a perceção dos profissionais de saúde e ampliar a compreensão da sua realidade (Câmara, 2013).

As respostas dadas às perguntas foram submetidas a uma leitura flutuante inicial, na fase de pré-análise. Posteriormente, durante a exploração do material, realizou-se a codificação das respostas. Aqui, procedeu-se ao recorte de segmentos das respostas em unidades de registo, para posterior classificação e agregação, seguindo a técnica descrita por Bardin (2015).

O critério de categorização escolhido foi semântico e as categorias utilizadas foram, de acordo com Campos (2004), apriorísticas, pois dada a temática do stress ocupacional estar devidamente documentado, as categorias relacionadas com os stressores foram pré-definidas tendo em conta os fatores de risco psicossociais. As subcategorias emergiram pela abrangência destas categorias.

Stressores identificados pelos profissionais de saúde

As categorias iniciais identificadas nas unidades de registo foram definidas a partir dos fatores de risco psicossociais referidos por Pinho (2015):

- Conteúdo do trabalho.
- Carga e ritmo de trabalho.
- Horário de trabalho.
- Controlo.
- Ambiente e equipamentos.

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

- Relações interpessoais no trabalho.
- Intensificação do trabalho.

Dada a abrangência de algumas das categorias, houve necessidade de subcategorizar as unidades de registo (UR) em temas mais objetivos. Apresenta-se no quadro seguinte o processo acima descrito.

| UNIDADES DE REGISTO | Fatores de risco psicossociais | | Nº DE UR | TOTAL |
|--|----------------------------------|---|----------|-------|
| | CATEGORIAS | SUBCATEGORIAS | | |
| <i>Método de trabalho / Falta de organização no dia-a-dia / Prescrições médicas de tratamento / Demasiada burocracia / Muita burocracia relacionada com prescrição e administração de terapêutica / Não existência de prescrição eletrónica para maior segurança para o doente e profissionais / Marcação dos tratamentos no sistema informático de forma incorreta pelas administrativas. / Prescrição em papel.</i> | Conteúdo do trabalho | - | 8 | 8 |
| <i>Falta de pessoal de Enfermagem / Rácio enfermeiro-doente em certos turnos / Excesso de trabalho vs número de profissionais / Falta de recursos humanos em número suficiente para responder às demandas em maior número por parte dos utentes. / Excesso de trabalho, com poucos recursos humanos / Número reduzido de profissionais de saúde (exemplo: rácio médico-doente) / Reduzido número de profissionais de saúde para o trabalho-doentes / Menor oferta contra mais demanda.</i> | Carga e ritmo de trabalho | Falta de recursos humanos | 8 | 15 |
| <i>Não termos tempo para dar mais atenção aos doentes e familiares. / Falta de tempo. / Falta de tempo.</i> | | Falta de tempo para prestar cuidados | 3 | |
| <i>Preparação inadequada dos novos contratados.</i> | | Inexperiência profissional | 1 | |
| <i>Demasiadas interrupções. / Excesso de atividade assistencial / Sobrecarga em horas de urgência.</i> | | Outros fatores | 3 | |
| <i>Gestão do horário / O horário. / Incerteza no cumprimento das escalas de horário, tendo em conta o absentismo pontual e a escassez de recursos humanos e a existência de um elevado número de horários especiais.</i> | Horário de trabalho | | 3 | 3 |

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

| | | | | |
|--|---|--|-----------|-----------|
| Muitos doentes, poucos cadeirões, tratamentos demorados, doentes impacientes e o querer ajudar e dizer apenas "tem que esperar mais um pouquinho". | Controlo | | 1 | 1 |
| Falta de estacionamento, principalmente no turno da tarde / Estacionamento: gestão dos lugares de parque e dos vários parques / Estacionamento no hospital. / Estacionamento. | Ambiente e equipamentos | Falta de condições ambientais institucionais | 4 | 25 |
| Condições físicas, falta de espaço / Falta de condições físicas / Falta de espaço físico / Espaço físico do hospital de dia limitado / Poluição sonora / Espaço físico muito limitado / Espaço reduzido e não adequado e suficiente à atividade assistencial / Espaço físico pequeno e com momentos de grande confusão, principalmente no setor da hematologia e durante a administração da quimioterapia/ Condições físicas e falta de organização estrutural. / Espaço. / Espaços físicos muito reduzidos para doentes e profissionais. / Livre circulação de doentes, familiares e outros profissionais no corredor do Hospital de Dia. / Espaço reduzido para atendimento dos doentes, tendo em conta o elevado número de tratamentos. / Número de doentes para o pequeno espaço. / Espaço físico pequeno. / Falar muita gente ao mesmo tempo. | | Falta de condições ambientais no serviço | 16 | |
| Falta de material / A degradação progressiva dos recursos materiais existentes. | | Falta de equipamentos adequados | 2 | |
| Serviços de apoio à gestão (SIE, Armazéns, Gestão de compras, informática), não dão resposta às solicitações / Burocracias na articulação direta dos serviços clínicos, com os serviços de apoio: Farmácia e Imagiologia. / Informática não colabora. | | Deficit da resposta dos serviços não clínicos | 3 | |
| Falta de comunicação entre a equipa multidisciplinar / Relação entre equipas a nível de comunicação /Relacionamento multidisciplinar / Falta de comunicação entre colegas. / Falta de comunicação entre os profissionais. / Comunicação entre a equipa multidisciplinar. | Relações interpessoais no trabalho | Comunicação | 5 | 19 |

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

| | | | | |
|---|-----------------------------------|---|----------|----------|
| <i>Gestão de conflitos entre classes profissionais e respeito mútuo entre estas / Mau estar entre pessoal. / Equipa de enfermagem conflituosa. / Conflitos na equipa. / Conflitos com colegas de equipa.</i> | | Conflitos e mal estar | 5 | |
| <i>Relação, falta de organização, compreensão entre profissionais, doente e visitas esporadicamente / Falta de valorização entre pares e chefias / Relação entre pares. / Relações interpessoais entre pares e entre grupos profissionais. / Excesso de responsabilidades, sem reconhecimento profissional. / Organização (chefia).</i> | | Relação com clientes, pares e chefia | 6 | |
| <i>Falta de interesse e vontade de trabalhar de certos funcionários / O individualismo e o egocentrismo extremista por vezes. / Pontualidade.</i> | | Características individuais | 3 | |
| <i>Muita responsabilidade na urgência / Nível de exigência no dia-a-dia, que provoca algumas sensações de incapacidade de atender todas as solicitações. / Excesso de trabalho. / Elevado número de doentes. / Aglomerado de utentes. / Excesso de trabalho. / Número de doentes elevado tendo em conta a nossa resposta.</i> | Intensificação do trabalho | | 7 | 7 |

Pela análise da frequência das unidades de registo categorizadas, foi possível identificar os três principais fatores de risco psicossociais percecionados no ambiente criado do sistema cliente: o Ambiente e equipamentos, com mais representatividade na subcategoria “Falta de condições ambientais no serviço”; as Relações interpessoais no trabalho, com mais representatividade na subcategoria “Relação com clientes, pares e chefias” e a Carga e ritmo de trabalho, com mais representatividade na subcategoria “Falta de recursos humanos”.

Estratégias de prevenção do stress ocupacional sugeridas pelos profissionais de saúde

O processo de categorização das unidades de registo relacionadas com as estratégias sugeridas pelos profissionais de saúde foi suportado pela revisão da literatura efetuada sobre a temática. Tal como anteriormente, houve necessidade de subcategorizar as unidades de registo, para tornar a análise mais objetiva.

No quadro seguinte apresenta-se o processo de análise das respostas dadas sobre estratégias para prevenir ou minimizar o stress ocupacional.

| UNIDADES DE REGISTO | Estratégias para prevenção do stress ocupacional | | Nº DE UR | TOTAL |
|--|--|--------------------------------|-----------|-----------|
| | CATEGORIAS | SUBCATEGORIAS | | |
| <i>Plataforma informática para registos de forma a diminuir o tempo de notas relativas aos doentes. / Planeamento do tempo. / Prescrições eletrónicas. / Desktop informático mais eficaz. / Implementação de prescrição eletrónica. / Maior disponibilidade dos médicos em aceitar-reconhecer as vantagens da prescrição eletrónica. / Registos informáticos completos. / Minimizar a entrada de familiares e doentes para marcações aquando da administração e validação terapêutica. / Organização do trabalho com circuitos bem definidos e tarefas bem definidas. / Prescrições eletrónicas.</i> | Reorganização do trabalho | Equipamentos e normas | 10 | 14 |
| <i>Melhor trabalho de equipa. / A equipa multidisciplinar perceber que agir em equipa tem mais benefícios. / Trabalhar mais em equipa. / Trabalho em equipa.</i> | | Trabalho em equipa | 4 | |
| <i>Trabalho de controlo emocional interno. / Presença de psicólogo. / Promover medidas de relaxamento e atividade física no nosso local de trabalho. / Consultas. / Medidas de alívio de stress no trabalho como massagens e exercícios. / Ter mais paciência. / Pausas frequentes / Promover um exercício no princípio do turno. / Relaxamento. / Mindfulness. / Relaxamento. / Terapias alternativas.</i> | Treino em gestão de stress | Estratégias individuais | 12 | 18 |
| <i>Promover ações de formação sobre comunicação para a equipa multidisciplinar. / Formação sobre trabalho em equipa. / Respeito entre profissionais para esperar que cada um faça o seu trabalho para depois o abordar. / Práticas de comunicação. / Trabalhar a motivação no serviço. / Estratégias de coping na gestão de conflitos na equipa.</i> | | Estratégias de grupo | 6 | |

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

| | | | | |
|---|---------------------------------------|--|-----------|-----------|
| Melhoria das condições físicas do serviço. / Melhorar as condições físicas. / Novas estruturas. / É necessário espaço físico maior. / Sala de enfermagem mais afastada da entrada do serviço. / Melhor espaço para o Hospital de Dia. / Mudança de espaço ou realização de obras pendentes. / Melhoria dos recursos físicos e espaços das salas. / Novas instalações ou melhoria das atuais. / Instalações mais amplas. / Atribuição de espaços ao Hospital de Dia ou mudança de local. / Troca da porta de acesso ao Hospital de Dia. / Maior espaço para atendimento ao utente. / Aumentar o espaço físico. / Aumentar o espaço físico. | Ergonomia e condições físicas | Medidas de engenharia/estruturais | 15 | 20 |
| Organização mais adaptada ao espaço. / Melhor limpeza. / Horário ainda mais alargado. / Maior controlo na passagem pelo corredor. / Aumentar o número de cadeirões. | | Outras melhorias | 5 | |
| Contratação. / Aumentar o recrutamento. / Aumento do número de enfermeiros. / Aumento dos recursos humanos. / Contratação de mais profissionais (médicos). / Mais recursos humanos. / Aumentar número de profissionais na urgência. / Contratação de médicos especialistas. / Mais recursos humanos. / Aumento de efetivos. / Existência de mais administrativas para uma melhor-maior organização. | Desenvolvimento da gestão | Aumentar os recursos humanos | 11 | 16 |
| Planeamento da gestão de topo, de acordo com as especificidades de horários. / Otimização de recursos humanos. / Maior eficiência na gestão dos recursos de acordo com as necessidades específicas de cada serviço. / Organização mais adaptada aos recursos humanos. / Colocar elementos motivadores a gerir a equipa. | | Reorganizar os recursos humanos | 5 | |
| Criação de ginásio e espaços de lazer para os profissionais. / Sessão de boas vindas aos novos contratados, apresentação do centro hospitalar, formação inicial transversal a várias temáticas presentes na prática diária. / Melhor organização e serviços de apoio. / Ampliação do estacionamento. / Criação de creche-infantário para filhos. / Criar protocolos com entidades externas que permitam o lazer. / Creches. / Aumentar o estacionamento. / Criação de mais parques no espaço comum livre. / Aumentar o número de lugares de estacionamento. | Desenvolvimento organizacional | Institucional | 10 | 12 |
| Alterar o horário de entrada no turno da tarde (por exemplo). / Promover respeito de tempos de consulta. | | No serviço | 2 | |
| Apoio interno e externo ao hospital (colegas, amigos e família). / Reforço positivo entre pares. / Estimular - motivar - responsabilizar. / Promover conversação entre profissionais. / Promover atividades para promover o bom relacionamento entre colegas. / Ações de formação em conjunto com partilha de | Suporte social | | 10 | 10 |

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <i>experiências e dificuldades. / Momentos de partilha. / Ter mais convívio com todas as equipas do setor. / Haver mais comunicação entre profissionais. / Estimular o empenho.</i> | | | | |
|---|--|--|--|--|

Pela análise da frequência das unidades de registo categorizadas, verifica-se mais sugestões relacionadas com estratégias organizacionais, pela categoria “Ergonomia e condições físicas”, o que vai ao encontro do principal problema identificado anteriormente. Seguidamente, surgem sugestões relacionadas com estratégias individuais (ou grupo) para a gestão de stress, pela categoria “Treino em gestão de stress”.

CONCLUSÃO

Da interpretação feita do ambiente criado a partir da análise de conteúdo das respostas dadas às perguntas abertas sobre os stressores percecionados e as medidas de prevenção do stress ocupacional, foi possível clarificar a perspetiva do sistema cliente agregado alvo do presente projeto de intervenção comunitária.

Da análise quantitativa efetuada no diagnóstico de situação de saúde emergiram como stressores mais prevalentes o “Excesso de trabalho”, a “Carreira e remuneração” e o “Lidar com clientes”. Da análise qualitativa aqui exposta verifica-se que a categoria “Carga e ritmo de trabalho” vem reforçar as informações inicialmente obtidas e estão relacionadas especificamente com a falta de recursos humanos.

Curiosamente, as “Relações profissionais” não tiveram a mesma expressão no diagnóstico de situação de saúde que têm nesta análise, em que a categoria “Relações interpessoais no trabalho” representa a segunda com mais unidades de registo. Embora a subcategorização demonstre mais uma unidade de registo em “Relação com clientes, pares e chefias”, o que confirma de certa forma o stressor identificado anteriormente “Lidar com clientes”, não se pode minimizar as outras duas subcategorias encontradas, nomeadamente a “Comunicação” e os “Conflitos e mal-estar”.

Para além disto, conseguiu-se identificar um stressor, não presente no diagnóstico de situação de saúde, categorizado em “Ambiente e equipamentos”, mais

concretamente, relacionado com a falta de condições ambientais no serviço e que representa uma das principais preocupações do sistema cliente.

No que diz respeito a estratégias para prevenir ou minimizar o stress ocupacional sugeridas pelo sistema cliente, é visível a preocupação do ponto de vista organizacional, mas também do ponto de vista individual, através de atividades que promovem a calma e o bem-estar.

Os resultados da análise de conteúdo aqui explanada foi devolvida ao sistema cliente agregado, privilegiando o feedback referido por Neuman & Fawcett (2011).

REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (2015). Análise de conteúdo. Ed. rev. e atualizada. Lisboa: Edições 70.
- Câmara, R. H. (2013). Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, 6(2), 179-191. Acedido a:10/2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202013000200003
- Campos, C. J. G. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Revista brasileira de enfermagem, 57(5), 611-614. Acedido a: 10/2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672004000500019&script=sci_arttext&lng=pt
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. (5th ed.) United States of America: Pearson.
- Pinho, R. (2015). Fatores de risco/riscos psicossociais no local de trabalho. Lisboa: DGS. Acedido em: 03/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-diversos/trabalho-da-rute-pinho1.aspx>

**APÊNDICE XII - Protocolo do projeto “Liberte-se do stress e mantenha a
sua saúde”**

PROTOCOLO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA “LIBERTE-SE DO STRESS E MANTENHA A SUA SAÚDE”

Índice

| | |
|---|---------------|
| INTRODUÇÃO | - 3 - |
| 1 - Identificação e descrição do problema..... | - 4 - |
| 2 – Objetivos do projeto..... | - 5 - |
| 3 – Estratégias e sua justificação..... | - 6 - |
| 3.1 – Capacitação dos profissionais para lidar com o sofrimento | - 9 - |
| 3.2 – Mindfulness enquanto estratégia individual para gerir o stress ocupacional | - 10 - |
| 4 – Descrição das atividades | - 14 - |
| 5 – Avaliação prevista | - 34 - |
| 6 – Recursos e orçamento | - 35 - |
| Referências | - 36 - |

APÊNDICES

Apêndice A – Cartaz de divulgação dos resultados do DSS

Apêndice B – Folheto sobre estratégias para a gestão do stress

Apêndice C – Folheto sobre lidar com o sofrimento

Apêndice D – Cartaz sobre mindfulness no trabalho

Apêndice E – Marcador de livro com Meditação STOP

Apêndice F – Site “Intervenção Comunitária para o Stress Ocupacional”

Apêndice G – Ficha com perguntas abertas

Apêndice H – Diapositivos da sessão de divulgação dos resultados do DSS

Apêndice I – Diapositivos da sessão de divulgação ao SSO

Apêndice J – Diapositivos da Sessão de Educação para a Saúde 1

Apêndice K – Diapositivos da Sessão de Educação para a Saúde 2

Apêndice L – Diapositivos da Sessão de Educação para a Saúde 3

Apêndice M – Avaliação do Nível Global de Stress Ocupacional

Apêndice N – Avaliação da satisfação com a sessão

Apêndice O – Avaliação do bem-estar através do “Índice de bem-estar da OMS”

Apêndice P – Avaliação do Nível de Stress relacionado com lidar com clientes

INTRODUÇÃO

Segundo a Direção-Geral da Saúde (2015), as políticas de saúde pública devem ser desenvolvidas através de políticas saudáveis, dando ênfase à abordagem intersectorial, que visa a criação de melhores condições ambientais, socioeconómicas e culturais. Com a concretização do Programa Nacional de Saúde Ocupacional pretende-se garantir o direito a ambientes de trabalho saudáveis e seguros.

De acordo com o Programa Nacional de Saúde Ocupacional (Direção-Geral da Saúde, 2018), a Saúde Ocupacional traz benefícios para os objetivos do desenvolvimento sustentável da Agenda 2030, nomeadamente, o objetivo 3, que pretende assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar, neste caso concreto, na vida adulta ativa. Neste âmbito, contribui para a consecução de outros programas de saúde da Direção-Geral da Saúde, na área da promoção da saúde.

Os fatores de risco psicossociais estão identificados e documentados e relacionam-se com o stress ocupacional, que é reconhecido como uma das principais causas de doenças e comportamentos não saudáveis, enquanto mecanismos de *coping*, como o consumo de álcool ou tabaco. (Leka, Griffiths & Cox, 2003) (Pinho, 2015).

No âmbito do 10º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e, de forma a enquadrar o projeto de intervenção comunitária que se desenvolveu para o estágio, realizado num Serviço de Saúde Ocupacional de um Centro Hospitalar, apresenta-se o respetivo protocolo denominado “Liberte-se do stress e mantenha a sua saúde”.

Prevê-se ir atualizando o documento ao longo do desenvolvimento do projeto para que a versão final mostre todos os materiais auxiliares criados para a intervenção.

1 - Identificação e descrição do problema

O stress ocupacional pode ser definido como a resposta apresentada perante o desequilíbrio entre as exigências e pressões presentes no local de trabalho e as competências e os mecanismos de coping utilizados pelo trabalhador (Cox, Griffiths & Rial-Gonzalez, 2000) (Leka, Griffiths & Cox, 2003). No setor da saúde têm sido identificados como fatores de stress o lidar com os clientes, o excesso de trabalho, a carreira e a remuneração (Gomes, 2014), o contacto com doentes terminais, as exigências emocionais dos doentes e família, a avaliação subjetiva da carga de trabalho elevada, os conflitos interpessoais e a falta de suporte social (Sacadura-Leite & Sousa-Uva, 2012).

O diagnóstico de situação de saúde foi efetuado através de um questionário auto preenchido pela amostra, constituída por 87 profissionais de saúde de serviços que cuidam de pessoas com doença hemato-oncológica, em regime de internamento e ambulatório.

Após triagem e priorização dos diagnósticos de enfermagem identificados pela técnica da grelha de análise, definiram-se como prioritários o Status psicológico comprometido e a Sobrecarga por stress devido a lidar com os clientes atual (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2019), para possibilitar intervenções eficazes no stress ocupacional, é necessário realizar uma avaliação de risco psicossocial. No contexto em que se desenvolve o estágio, a avaliação de risco é desenvolvida pelos Técnicos de Segurança e Saúde no Trabalho. Pôde-se constatar que um dos setores do serviço selecionado não teve ainda essa avaliação, mas os outros sim, sendo que um deles está sinalizado para monitorização. Dentro desta avaliação foi possível identificar como fatores de risco psicossocial o trabalho por turnos, a sobrecarga de trabalho e o contacto com a morte dos doentes, este último a merecer intervenção.

2 – Objetivos do projeto

O projeto tem como objetivo geral contribuir para a promoção da saúde e bem-estar do grupo de profissionais de saúde que prestam cuidados a pessoas com doença hemato-oncológica, de um Centro Hospitalar, através de estratégias de gestão do stress ocupacional, durante a realização do estágio, até fevereiro de 2020.

Como objetivos específicos definiram-se:

- Melhorar a perceção do nível de bem-estar do grupo de profissionais;
- Diminuir a perceção do nível global de stress ocupacional do grupo de profissionais;
- Diminuir a perceção do nível de stress relacionado com o lidar com os clientes.

Para contribuir para a consecução destes objetivos determinaram-se os seguintes objetivos operacionais ou metas:

1. Identificar a perceção sobre os stressores que ameaçam o equilíbrio do sistema e sua prevenção, de pelo menos 30% do sistema cliente;
2. Promover a saúde e bem-estar através de sessões de educação para a saúde sobre estratégias de gestão de stress ocupacional com a participação de pelo menos 30% dos profissionais;
3. Obter avaliação positiva na satisfação relacionada com as atividades, em pelo menos 80% do subsistema cliente participante nas sessões;
4. Aumentar a perceção do nível de bem-estar no Índice de Bem-estar da OMS de pelo menos 20% do grupo de profissionais participante nas sessões;
5. Reduzir a perceção do nível global de stress ocupacional em pelo menos 20% do grupo de profissionais participante nas sessões;
6. Diminuir a perceção do nível de stress relacionado com o lidar com os clientes de pelo menos 20% do grupo de profissionais participante nas sessões.

3 – Estratégias e sua justificação

Para Quick & Henderson (2016), a proteção e a prevenção estão na génese da resposta da Saúde Pública ao stress ocupacional e o mesmo deve ser abordado aos três níveis de prevenção e através de estratégias organizacionais assim como, junto dos grupos de profissionais.

Da revisão scoping efetuada com o objetivo de mapear as estratégias de intervenção para reduzir o stress ocupacional em profissionais de saúde, que têm sido implementadas pela Saúde Ocupacional, evidenciaram-se as alterações na organização do trabalho, a formação dos profissionais, o desenvolvimento da resiliência e práticas de meditação como o mindfulness.

Mustafaei, Najaf-Abadi & Rezaei (2018) alertam que as áreas com mais necessidade de intervenção na saúde ocupacional são a gestão do stress e a promoção da atividade física. Especificamente sobre a saúde mental, Perry, Nicholls, Duffield & Gallagher (2017) relatam que peritos participantes num painel consideraram a capacitação de quem está em postos de chefia para o apoio aos profissionais, programas de gestão de stress e aumento de resiliência, assim como avaliações regulares do bem-estar psicológico, como estratégias prioritárias a desenvolver no local de trabalho.

Hochwälder (2007) afirma que os resultados do seu estudo sugerem que o burnout nos enfermeiros pode ser reduzido através do empowerment dos mesmos, obtido a partir de alterações no ambiente de trabalho, assim como alterando a interpretação que têm do mesmo. Motley & Prelip (2011) dizem ainda que uma estratégia que procure apenas sensibilizar para os fatores de risco e que dê conhecimentos sobre a problemática não é a mais apropriada. Os profissionais de saúde têm que estar envolvidos, dar-lhes tempo, local e oportunidade, para participarem nas estratégias de promoção da saúde. Por isso, é necessário procurar entender especificamente a população em que se vai intervir. Tuisku, Pulkki-Råback & Virtanen (2016) reforçam esta necessidade quando realçam o papel ativo dos profissionais e a sua capacidade de resiliência como essenciais para a resposta perante os riscos psicossociais.

Segundo Silva, Borges, Abreu, Queirós, Baptista & Felli (2016), o aumento da resiliência permite controlar impulsos, regular as emoções e lidar com adversidades presentes no local de trabalho. Para Foster, Cuzzillo & Furness (2018), a resiliência

capacita os indivíduos a lidar com stressores através duma abordagem preventiva, de fomento das forças. A sua promoção é da responsabilidade quer individual, quer organizacional.

Num curso de promoção da saúde para profissionais de saúde, Kreitzer & Klatt (2017) incluíram os seguintes temas para aquisição de competências: o autocuidado, o stress, o bem-estar, os estilos de vida saudável, a resiliência, a consciencialização e a mudança de comportamento. Também Kurnat-Thoma, El-Banna, Oakcrum & Tyroler (2017) realçam o papel de estratégias holísticas que envolvam o autocuidado, a gestão do stress, a autogestão de doenças crónicas, a promoção da atividade física e a formação de grupos de apoio sobre desenvolvimento espiritual, relações interpessoais e comunicação.

Goldman, Bernstein, Konopasek, Arbuckle & Mayer (2018) acrescentam que as instituições devem colocar como prioridade máxima as estratégias que promovam o bem-estar dos profissionais, como educação e aumento da consciencialização para a promoção da saúde, formação de grupos de reflexão, capacitação dos profissionais para desenvolverem técnicas para aliviar o stress, como o yoga e o mindfulness. Para além destas, referem ainda o desenvolvimento do sentido de comunidade, rastreios frequentes de sintomas de depressão, melhoria dos locais de trabalho e alteração da cultura das instituições. Em concordância Doré, Duffett-Leger, McKenna, Salsberg & Breau (2018) mencionam que as estratégias relacionadas com a gestão do stress podem ser realizadas no trabalho ou fora dele e consideraram a mais importante o suporte social, embora também a atividade física, as técnicas de relaxamento, o yoga e os grupos de autorreflexão e de discussão de casos clínicos ou éticos fossem identificadas como úteis.

Calisi (2017) relatou a implementação de um workshop durante um dia que incluiu atividades relacionadas com grupos de autorreflexão para ajudar no estabelecimento de metas pessoais, com exercícios de afirmação positiva, discussão sobre nutrição e mecanismos de coping para lidar com a sobrecarga de trabalho, com recurso ao humor, aulas de yoga, musicoterapia e meditações guiadas. Através destas atividades ocorreu redução do stress, melhoria do estado emocional e aumento de conhecimentos nos participantes. Jacques, Ribeiro, Scholze, Galdino, Martins & Ribeiro (2018) desenvolveram uma intervenção a que designaram de “*wellness room*”, onde, durante 6 meses, proporcionaram sessões diárias de exercícios físicos antes de cada turno, cuidados de beleza, massagem e acupunctura auricular, visualização

de vídeos e palestras sobre gestão do stress, assim como momentos de convívio com lanches, numa sala preparada especialmente para o efeito. Esta intervenção reduziu a perceção da carga de trabalho e aumentou a do controlo sobre o mesmo, assim como do suporte social, reduzindo os níveis de stress ocupacional.

Alexander, Rollins, Walker, Wong & Pennings (2015), num estudo sobre o efeito do yoga no stress, relataram efeitos positivos ao nível do autocuidado, da exaustão emocional e despersonalização, num programa de intervenção de 8 semanas. Igualmente Atallah, McCalla, Karakash & Minkoff (2016) referem que as intervenções que demonstraram reduzir o stress incluem treino cognitivo-comportamental e técnicas de relaxamento, realçando a prática baseada no mindfulness.

Mackenzie, Poulin & Seidman-Carlson (2006) realizaram um estudo aleatorizado, com grupo de controlo, sobre o efeito do mindfulness no stress ocupacional. Neste, a intervenção era composta por quatro sessões de grupo de 30 minutos, com uma parte teórica e outra prática, para além de exercícios em casa com o suporte de gravações dos exercícios de meditação. Os resultados apoiam este tipo de intervenção para reduzir os sintomas de burnout e para melhorar o relaxamento e a satisfação no trabalho. De acordo com Guillaumie, Boiral & Champagne (2017), o mindfulness desenvolvido no contexto laboral da saúde traz benefícios porque facilita a comunicação com os utentes e colegas, aumentando a capacidade de sentir compaixão e desenvolver a empatia, assim como melhora a habilidade para analisar situações complexas e as necessidades dos utentes.

Perante estas evidências, as estratégias selecionadas para o presente projeto de intervenção comunitária terão algumas atividades de cariz organizacional e outras individuais, tal como sugerem Quick & Henderson (2016).

Mackereth, White, Cawthorn & Lynch (2005) dá o exemplo do modelo desenvolvido no *Christie Hospital NHS Trust*, na área da oncologia e medicina paliativa, que disponibiliza intervenções aos três níveis de prevenção pela saúde ocupacional, com supervisão clínica, terapias complementares e aconselhamento.

Explorando este modelo e, tendo em conta os recursos já existentes no Serviço de Saúde Ocupacional onde se desenvolve o estágio, como por exemplo a existência de apoio da psicologia e psiquiatria, que se insere na prevenção terciária, procurar-se-á desenvolver algumas atividades que se integrem nos primeiros níveis.

Embora não se possa atuar diretamente no ambiente de trabalho e estrutura organizacional, pode-se enfatizar o papel de mobilizador dos responsáveis

organizacionais, do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. Neste âmbito entrará a articulação entre chefias e o Serviço de Saúde Ocupacional.

No que diz respeito a atividades enquadradas na promoção da saúde do grupo de profissionais, decidiu-se abordar a questão de duas formas. Por um lado, através da capacitação dos profissionais para a temática do contato com o sofrimento, promovendo o trabalho em parceria com o psicólogo do serviço selecionado. Por outro, explorando o conceito do mindfulness, enquanto estratégia para gerir o stress ocupacional. Foi necessário realizar revisão da literatura sobre as temáticas, que se apresentam em seguida.

3.1 – Capacitação dos profissionais para lidar com o sofrimento

A temática do contato com o sofrimento foi a escolhida para dar resposta ao diagnóstico identificado como “Sobrecarga por stress devido a lidar com os clientes atual”, devido ao contexto em que se pretende intervir. Num serviço de hematologia, o sofrimento da pessoa diagnosticada com uma doença oncológica e a morte são processos permanentemente presentes do quotidiano dos profissionais de saúde.

López-Castillo, Gurpegui, Ayuso-Mateos, Luna & Catalan (1999), referem que numa unidade de oncologia os principais fatores causadores de stress ocupacional relacionam-se com o tipo de patologia das pessoas, a cronicidade das situações, o facto de muitas vezes serem pessoas jovens, a deterioração clínica que apresentam, o lidar com as famílias e, por fim, as condições físicas e a falta de recursos em que os cuidados são prestados. Resende (2009), afirma que os fatores indutores de stress que podem ser considerados específicos dos profissionais de saúde dos serviços de oncologia são a proximidade com as pessoas e família e a capacidade que os profissionais têm em dar resposta às exigências emocionais daí decorrentes. A mesma autora reforça ainda que o contato com o sofrimento da pessoa e da sua própria resposta a este processo, podem causar reações intensas de stress nos profissionais, estado que pode ser agravado por uma preparação inadequada para lidar com este componente socio emocional. Por isso, continua a autora, embora os profissionais de saúde considerem o seu trabalho em oncologia gratificante, o mesmo tem um elevado nível de exigência emocional.

Segundo Gama, Barbosa & Vieira (2011) e Gama (2014), dado que a prática do profissional de saúde é uma atividade eminentemente relacional, o cuidar de um

doente terminal e lidar com a sua perda são das situações mais stressantes, por mobilizarem intensamente a dimensão emocional. O confronto com a doença terminal, o sofrimento e a morte, desencadeia nos profissionais de saúde sentimentos de impotência, frustração e insegurança relacionados ao fracasso profissional e de ansiedade e angústia, relacionados com a sua própria mortalidade. Kovács (2010) menciona que cuidar do cuidador profissional é fundamental, pois quem se sente cuidado e respeitado, cuida melhor.

Gama, Barbosa & Vieira (2011) e Gama (2014) afirmam que a reação à perda no contexto da prestação de cuidados de saúde depende do vínculo e da relação estabelecida com o doente e família e também, da preparação dos profissionais para lidarem com as situações de terminalidade. Sobre isto, realçam que os profissionais de saúde nem sempre têm formação adequada para lidar com estas situações e que a mesma deve ser entendida sob o ponto de vista da aquisição de conhecimentos específicos sobre a temática, mas também sob a forma de acompanhamento e apoio dos profissionais. Banha (2013) também refere que é possível melhorar a adaptação a estas situações causadoras de stress através do conhecimento e da partilha.

Kovács (2010) destaca que é necessário discutir e refletir com os profissionais de saúde sobre como lidar com as pessoas que apresentam emoções como a tristeza, a raiva e o medo, através de cursos, workshops e supervisão, individual ou em grupo.

Perante este enquadramento, em parceria com o psicólogo, e tendo em conta o tempo disponível para a intervenção, programam-se duas sessões de formação teórico-práticas, cujos temas serão o lidar com as emoções e a morte do doente hemato-oncológico, recorrendo à técnica de role play de casos clínicos. O marketing social será auxiliar desta estratégia.

3.2 – Mindfulness enquanto estratégia individual para gerir o stress ocupacional

O conceito mindfulness começou a ser apresentado pela psicologia desde 1970, mas foi só após dez anos que se desenvolveram as primeiras intervenções terapêuticas, por Jon Kabat-Zinn (Langer & Moldoveanu, 2000).

Traduzido para o português como atenção plena, o mindfulness está associado à capacidade de focar a mente e prestar atenção ao momento presente e a técnicas meditativas que permitem desenvolver essa capacidade. Tem sido apresentado como uma prática meditativa ou uma intervenção terapêutica. A atenção plena é definida

por Kabat-Zinn como uma forma de estar, de estar atento ao presente e desperto para apreender os acontecimentos do momento, a que designa de *awareness*. Além disso, realça a importância de cultivar uma atitude mental de curiosidade e de não julgamento, de modo a contrariar a tendência habitual da mente em avaliar e classificar os pensamentos. A meditação baseada no mindfulness é entendida como uma autorregulação intencional, praticada através de exercícios que estimulam o prestar atenção aos pensamentos, emoções e às sensações corporais e do ambiente externo, no momento. O programa desenvolvido por este investigador, designado por “Programa de redução de stress baseado no mindfulness”, foi concebido inicialmente em contexto de terapia de grupo para a dor crónica. Foi neste âmbito que despontaram as primeiras evidências sobre o efeito destas intervenções, na melhoria dos níveis de dor e nos sintomas psicológicos, como o stress (Kabat-Zinn, Lipworth, & Burney, 1985) (Kabat-Zinn, 1990) (Kabat-Zinn, 1996) (Brown & Ryan, 2003) (Creswell, 2017).

Na primeira revisão realizada sobre os efeitos das intervenções baseadas no mindfulness, surgem evidências, embora com inconsistências metodológicas, nas situações de dor crónica, nos estados de ansiedade, em perturbações alimentares e do humor e em patologias como a fibromialgia e a psoríase (Baer, 2003). Numa revisão mais recente, Hilton et al. (2019) apresentam os resultados de revisões sistemáticas de ensaios clínicos aleatorizados sobre intervenções baseadas no mindfulness, onde há evidência positiva em áreas como a doença crónica, na dor, no uso de substâncias, na depressão, na ansiedade, no stress, somatização e enquanto terapia de suporte no cancro. Os efeitos revelaram ser cognitivos, afetivos e interpessoais. Também Howarth, Smith, Perkins-Porras & Ussher (2019), encontraram evidências de que as intervenções baseadas no mindfulness, mesmo breves, podem revelar resultados sustentáveis e positivos, a nível psicológico, na ansiedade e depressão, além de efeitos na regulação emocional, no stress e na cognição.

No estudo de Arch & Craske (2006) são apresentados resultados do mindfulness na regulação das emoções, predizendo estados emocionais positivos, que, conjuntamente com o seu efeito de diminuir os pensamentos ruminantes, como afirmam Manocha, Gordon, Black, Malhi & Seidler (2009), determinam níveis baixos de stress e elevados de bem-estar psicológico.

Biologicamente o efeito do mindfulness tem sido estudado e Reive (2019) relata que há aumento da atividade cerebral nas regiões responsáveis pela perceção,

memória e flexibilidade de resposta, traduzindo-se em menor reatividade ao stress, que se expressa nas respostas autonómicas, imunológicas, inflamatórias e endócrinas.

Creswell (2017) argumenta que o mindfulness, a nível psicológico, ajuda na mudança de comportamentos, pela aceitação, melhoria do autoconceito, regulação das emoções e diminuição dos pensamentos ruminantes. A nível neurobiológico refere que estudos têm demonstrado alterações cerebrais nos praticantes, com aumento da densidade da matéria cinzenta e rede neuronal da região frontal, que é responsável pelos comportamentos e pensamentos complexos e tomada de decisão. Para além disso, também se tem verificado redução de biomarcadores como o cortisol, a hormona envolvida na resposta ao stress.

O mesmo autor apresenta ainda diversas intervenções baseadas no mindfulness, variantes do programa de Kabat-Zinn, como retiros, intervenções breves, em contexto laboral ou escolar, sites de internet e aplicações de telemóvel (Creswell, 2017). Hilton et al. (2019) projetou o seu mapa de evidências sobre as intervenções baseadas no mindfulness, para apoiar o bem-estar no local de trabalho e Hafenbrack (2017) apresenta o conceito de uma intervenção neste contexto, na qual um indivíduo induz um estado de mindfulness quando necessário, numa situação específica, como na presença de um stressor. Este autor aponta ainda os benefícios destas intervenções breves em termos monetários e de tempo e denomina-as de *on-the-spot*.

Concretamente sobre profissionais de saúde, Riet, Levett-Jones & Aquino-Russell (2018), identificaram que a meditação baseada no mindfulness tem um impacto positivo no stress, ansiedade, depressão, burnout, bem-estar e empatia dos enfermeiros e estudantes de enfermagem. Embora os mesmos autores afirmem que não é possível erradicar completamente o stress e a ansiedade, o aumento de competências na regulação emocional pode melhorar o bem-estar psicológico dos profissionais, assim como ajudar na manutenção da relação terapêutica com os utentes. Desta forma, consideram a prática do mindfulness uma estratégia protetora, que conduz a maior resiliência e autocuidado.

Regressando aos fundamentos sobre o mindfulness, explorados por Kabat-Zinn (1990), este apresenta sete princípios básicos desta prática, que não são mais do que atitudes que se podem desenvolver:

- O não julgamento, explicado através da premissa de que, numa prática de meditação a mente tende a vaguear pelos, anteriormente designados,

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

pensamentos ruminantes, traduzidos por julgamentos. O facto do mindfulness procurar manter a mente focada no momento presente, autorregula este processo.

- A paciência, que o autor considera uma forma de sabedoria na medida em que demonstra a compreensão e a aceitação do facto de que por vezes as situações ocorrem quando têm que ocorrer, o que facilita a resposta ao stress.
- A mente de principiante, descrita como uma forma de cultivar uma mente que está disposta a ver tudo como se fosse a primeira vez, reportando para a curiosidade anteriormente referida.
- A confiança, em si próprio e na sua intuição e não procurar orientação no exterior, o que está ligado às questões do autoconceito.
- A prática sem esforço, para torná-la natural, sem pré-requisitos, como se fosse um estilo de vida.
- A aceitação, sem imposição de ideias ou pensamentos, que também explora as questões do autoconceito.
- O desapego, neste caso referido como o processo da mente se apegar a pensamentos, constructos e pré-conceitos que podem dificultar o processo de regulação emocional.

Com todos os conceitos explorados até aqui e tendo em conta o espaço temporal para desenvolver o projeto, a estratégia individual para gestão do stress baseada no mindfulness irá ser desenvolvida com base nos conceitos de Kabat-Zinn, através de intervenções breves *on-the-spot*, tal como Hafenbrack (2017) sugere. Os temas abordados serão: a prática da meditação baseada no mindfulness, enquanto estratégia de autogestão do stress, como medida de autocuidado; o recurso aos princípios do mindfulness para a promoção da comunicação eficaz e escuta ativa em contexto laboral e o recurso ao mindfulness para controlo das emoções e autorregulação da resposta ao stress. Para os operacionalizar serão desenvolvidas sessões de Educação para a Saúde, em concomitância com técnicas de marketing social.

4 – Descrição das atividades

| PLANO OPERACIONAL | | | | |
|--|--|--|--------------|----------------|
| ATIVIDADES | QUEM? | ONDE? | QUANDO? | ATENDE À META: |
| Desenvolvimento de materiais para divulgação dos resultados do DSS: diapositivos, cartaz (Apêndice A) e documento com os resultados de cada setor. | Mestranda Orientadora clínica Professora orientadora | Serviço de Saúde Ocupacional. | Outubro 2019 | 1, 4, 5, 6 |
| Agendamento das sessões para divulgação dos resultados do DSS com as respectivas chefias. | Mestranda Orientadora clínica Diretor do Serviço Chefes dos Serviços | Serviço selecionado: Unidade Internamente Hospital de Dia | Outubro 2019 | 1, 4, 5, 6 |
| Realização de sessão para divulgação dos resultados do DSS. | Mestranda Orientadora clínica Diretor do Serviço Chefes dos Serviços Grupo de profissionais de saúde | Sala de reuniões do arquivo da Hematologia. Sala de formação do Hospital de Dia. Sala de reuniões da unidade e internamento. | Outubro 2019 | 1, 4, 5, 6 |
| Formulação de perguntas sobre os problemas causadores de stress e medidas para os prevenir ou minimizar. | Mestranda Orientadora clínica Diretor do Serviço Chefes dos Serviços Grupo de profissionais de saúde | Sala de reuniões do arquivo da Hematologia. Sala de formação do Hospital de Dia. Sala de reuniões da unidade e internamento. | Outubro 2019 | 1 |
| Análise de conteúdo das respostas dadas às perguntas sobre os problemas causadores de stress e medidas para os prevenir ou minimizar. | Mestranda Orientadora clínica Professora orientadora | Serviço de Saúde Ocupacional. | Outubro 2019 | 1 |

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

| ATIVIDADES | QUEM? | ONDE? | QUANDO? | ATENDE À META: |
|--|--|--|------------------------------|----------------|
| Divulgação dos resultados do DSS e da análise de conteúdo das respostas dadas às perguntas abertas, à equipa do SSO. | Mestranda Orientadora clínica Equipa do Serviço de Saúde Ocupacional | Serviço de Saúde Ocupacional. | Novembro 2019 | 1 |
| Preparação das sessões de Educação para a Saúde (EpS): Sessão de EpS 1 – Promoção do bem-estar através da autogestão do stress. Sessão de EpS 2 – Promoção do bem-estar através da escuta ativa. Sessão de EpS 3 – Promoção do bem-estar através da regulação das emoções. | Mestranda Orientadora clínica Professora orientadora | Serviço de Saúde Ocupacional. | Novembro 2019 | 2, 3, 4, 5 |
| Agendamento das sessões de EpS com as respetivas chefias. | Mestranda Orientadora clínica Diretor do Serviço Chefes dos Serviços | Serviço selecionado: Unidade Internamente Hospital de Dia | Novembro 2019 | 2, 3, 4, 5 |
| Realização de sessões de Educação para a Saúde (EpS) semanais. | Mestranda Orientadora clínica Profissionais de saúde | Serviço de Saúde Ocupacional. | Dezembro 2019 e Janeiro 2020 | 2, 3, 4, 5 |
| Desenvolvimento de: folheto sobre estratégias para controlo do stress (Apêndice B), folheto sobre lidar com o sofrimento (Apêndice C), cartaz sobre mindfulness no trabalho (Apêndice D), marcador de livro com meditação para controlo de emoções (Apêndice E) e site com os conteúdos da intervenção comunitária (Apêndice F). | Mestranda Orientadora clínica Professora orientadora | Serviço de Saúde Ocupacional. | Novembro e Dezembro 2019 | 2, 3, 4, 5, 6 |
| Realização de sessão de formação para a equipa de enfermagem do SSO – Mindfulness enquanto estratégia para a gestão do stress ocupacional. | Mestranda Orientadora clínica Professora orientadora Equipa de Enfermagem do Serviço de Saúde Ocupacional | Serviço de Saúde Ocupacional. | Janeiro 2020 | 4, 5, 6 |

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

| ATIVIDADES | QUEM? | ONDE? | QUANDO? | ATENDE À META: |
|---|---|--|----------------|----------------|
| Divulgação do site com os conteúdos da intervenção comunitária ao grupo de profissionais de saúde, através das chefias. | Mestranda Orientadora clínica Professora orientadora Diretor do Serviço Chefes dos Serviços | Serviço selecionado: Unidade Internamente Hospital de Dia | Janeiro 2020 | 4, 5, 6 |
| Articulação entre responsáveis organizacionais do serviço selecionado e do Serviço de Saúde Ocupacional para pedido de visita ao serviço. | Mestranda Orientadora clínica | Serviço selecionado: Unidade Internamente Hospital de Dia Serviço de Saúde Ocupacional. | Janeiro 2020 | 4, 5 |
| Reunião com o psicólogo que presta apoio ao Serviço com o intuito de estabelecer parceria para a realização de formações. | Mestranda Psicólogo Orientadora clínica | Serviço selecionado: Unidade Internamente Hospital de Dia | Novembro 2019 | 5, 6 |
| Colaboração na sessão de formação teórico-prática com o psicólogo 1 – Lidar com as emoções do doente hemato-oncológico. | Mestranda Psicólogo Orientadora clínica | Sala de formação do Hospital de Dia. | Janeiro 2020 | 5, 6 |
| Colaboração na sessão de formação teórico-prática com o psicólogo 2 – Lidar com a morte do doente hemato-oncológico. | Mestranda Psicólogo Orientadora clínica | Sala de formação do Hospital de Dia. | Janeiro 2020 | 5, 6 |
| Apresentação do projeto e resultados “Liberte-se do stress e mantenha a sua saúde”, à equipa do SSO. | Mestranda Orientadora clínica Equipa do Serviço de Saúde Ocupacional | Serviço de Saúde Ocupacional. | Fevereiro 2020 | 4, 5, 6 |

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

| CRONOGRAMA | | | | | |
|---|---------|----------|----------|---------|-----------|
| 2019 / 2020 | outubro | novembro | dezembro | janeiro | fevereiro |
| ACTIVIDADES | | | | | |
| Desenvolvimento de materiais para divulgação de resultados do DSS (diapositivos, cartaz e documento com os resultados de cada setor). | | | | | |
| Agendamento das sessões para a divulgação dos resultados do DSS com as respetivas chefias. | | | | | |
| Divulgação dos resultados do DSS e recolha de informações sobre problemas causadores de stress ocupacional e medidas para prevenir ou minimizar. | | | | | |
| Análise de conteúdo das respostas dadas às perguntas abertas realizadas aquando da divulgação dos resultados. | | | | | |
| Divulgação dos resultados do DSS e da análise de conteúdo das respostas dadas às perguntas abertas à equipa do SSO. | | | | | |
| Reunião com o psicólogo que presta apoio ao Serviço para estabelecimento de parceria. | | | | | |
| Preparação das sessões de Educação para a Saúde (EpS). | | | | | |
| Desenvolvimento de: folheto sobre estratégias para controlo do stress, folheto sobre lidar com o sofrimento, cartaz sobre mindfulness no trabalho, marcador de livro com meditação para controlo de emoções e site com os conteúdos da intervenção comunitária. | | | | | |
| Agendamento das sessões de EpS com as respetivas chefias. | | | | | |
| Sessão de EpS 1 – Promoção do bem-estar através da autogestão do stress. | | | | | |
| Sessão de EpS 2 – Promoção do bem-estar através da escuta ativa. | | | | | |
| Sessão de EpS 3 – Promoção do bem-estar através da regulação das emoções. | | | | | |
| Sessão de formação teórico-prática com o psicólogo 1 – Lidar com as emoções do doente hemato-oncológico. | | | | | |
| Sessão de formação teórico-prática com o psicólogo 2 – Lidar com a morte do doente hemato-oncológico. | | | | | |
| Articulação entre responsáveis organizacionais do serviço selecionado e do Serviço de Saúde Ocupacional para pedido de visita ao serviço. | | | | | |
| Sessão de formação para a equipa de enfermagem do SSO – Mindfulness enquanto estratégia para a gestão do stress ocupacional. | | | | | |
| Divulgação do site com os conteúdos da intervenção comunitária, através das chefias | | | | | |
| Apresentação do projeto e resultados “Liberte-se do stress e mantenha a sua saúde”, à equipa do SSO. | | | | | |

PLANOS DAS SESSÕES

I

TEMA:

Divulgação dos resultados do DSS ao Sistema Cliente Agregado.

DURAÇÃO: 20'

DATAS: 28, 29 e 30 de outubro de 2019

LOCAIS: Sala de reuniões do arquivo da Hematologia; Sala de formação do Hospital de Dia; Sala de reuniões da Unidade e Internamento

FORMADOR: Mestranda

DESTINATÁRIOS: Sistema Cliente Agregado – Grupo de profissionais que prestam cuidados a pessoa com doença hemato-oncológica.

OBJETIVO GERAL: Promover a adesão do Sistema Cliente Agregado no projeto de intervenção comunitária a desenvolver durante o estágio denominado “Liberte-se do stress e mantenha a sua saúde” e avaliar as características do ambiente criado.

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS No final da sessão os formandos deverão estar aptos a: | | CONTEÚDOS E ATIVIDADES | MÉTODOS E TÉCNICAS | DOMÍNIO | MATERIAIS E EQUIPAMENTOS | TEMPO | AVALIAÇÃO |
|---|--|---|---|-----------|---|-------|---|
| INTRODUÇÃO | <p>Conhecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> o nível de bem-estar, o nível global de stress ocupacional e os respetivos stressores identificados no DSS; os mecanismos de coping mais utilizados; os comportamentos não saudáveis. <p>Identificar os principais problemas causadores de stress ocupacional.</p> <p>Indicar medidas de controlo exequíveis para prevenir ou minimizar os problemas.</p> | Apresentação do formador. Apresentação do tema do projeto. | Expositivo | Cognitivo | Computador Projetor Cartaz | 2' | Análise de conteúdo das respostas às perguntas abertas. |
| DESENVOLVIMENTO | | Resultados do DSS. | Expositivo | Cognitivo | | 10' | |
| CONCLUSÃO | | Recolha de informação sobre os problemas causadores de stress ocupacional e respetivas medidas de prevenção ou minimização. | Interrogativo: Formulação de perguntas abertas em ficha. | Afetivo | Ficha com as perguntas. (Apêndice G) | 8' | |

Diapositivos da sessão (Apêndice H)

II

TEMA:

Divulgação dos resultados do DSS e da análise de conteúdo das respostas dadas à pergunta aberta, à equipa do SSO.

DURAÇÃO: 30'

DATA: 14 de novembro de 2019

LOCAL: Gabinete do Serviço de Saúde Ocupacional

FORMADOR: Mestranda

DESTINATÁRIOS: Equipa do Serviço de Saúde Ocupacional

OBJETIVO GERAL: Selecionar as estratégias apropriadas para o projeto de intervenção comunitária, a desenvolver durante o estágio, denominado “Liberte-se do stress e mantenha a sua saúde”, em conjunto com a equipa do Serviço de Saúde Ocupacional.

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS No final da sessão os formandos deverão estar aptos a: | | CONTEÚDOS E ATIVIDADES | MÉTODOS E TÉCNICAS | DOMÍNIO | MATERIAIS E EQUIPAMENTOS | TEMPO | AVALIAÇÃO |
|---|---|--|--------------------|-----------|--------------------------|-------|---|
| INTRODUÇÃO | <p>Conhecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> o nível de bem-estar, o nível global de stress ocupacional e os respetivos stressores identificados no DSS; os mecanismos de coping mais utilizados; os comportamentos não saudáveis. <p>Percecionar os principais problemas causadores de stress ocupacional referidos pelo sistema cliente.</p> <p>Sintetizar as medidas de controlo para prevenir ou minimizar os problemas sugeridas pelo sistema cliente.</p> | <p>Apresentação do formador.</p> <p>Apresentação do tema do projeto.</p> | Expositivo | Cognitivo | Computador Projector | 5' | Escolha das medidas adequadas e exequíveis para o projeto de intervenção. |
| DESENVOLVIMENTO | | <p>Resultados do DSS.</p> <p>Resultados da análise de conteúdo às perguntas abertas.</p> | Expositivo | Cognitivo | | 15' | |
| CONCLUSÃO | | <p>Discussão sobre os resultados obtidos através das perguntas abertas.</p> | Ativo | Afetivo | Papel e caneta. | 10' | |

Diapositivos da sessão (Apêndice I)

III

TEMA DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE 1:

Promoção do bem-estar através da autogestão do stress.

DURAÇÃO: 30'

DATAS: 4^a, 5^a e 17^c de dezembro de 2019 e 8^b de janeiro de 2020

LOCAIS: Sala de formação do Hospital de Dia^a; Sala de reuniões da Unidade^b e Internamento^c

FORMADOR: Mestranda

DESTINATÁRIOS: Sistema Cliente Agregado – Grupo de profissionais que prestam cuidados a pessoa com doença hemato-oncológica.

OBJETIVO GERAL: Desenvolver estratégia individual para a gestão do stress ocupacional através de prática de meditação baseada no mindfulness, para a promoção do bem-estar.

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

| | OBJETIVOS ESPECÍFICOS No final da sessão os formandos deverão estar aptos a: | CONTEÚDOS E ATIVIDADES | MÉTODOS E TÉCNICAS | DOMÍNIO | MATERIAIS E EQUIPAMENTOS | TEMPO | AVALIAÇÃO |
|-----------------|--|---|--|-----------------------------|--|---|---|
| INTRODUÇÃO | Conhecer a problemática do stress ocupacional. | Apresentação do formador. Apresentação do sumário da sessão. | Expositivo | Cognitivo | Computador Projektor Folheto sobre estratégias para a gestão do stress | 2' | Da satisfação com a sessão. Da contribuição da sessão para a minimização dos efeitos do stress no bem-estar. |
| DESENVOLVIMENTO | Identificar estratégias individuais para a gestão de stress ocupacional. Associar os benefícios da aplicação de estratégias para a autogestão do stress ocupacional baseadas no mindfulness. Realizar uma prática de meditação passiva guiada baseada no mindfulness, focada na respiração, enquanto técnica promotora de bem-estar. | Definição de Stress Ocupacional e o mindfulness. Causas e consequências do Stress Ocupacional. Gestão de Stress Ocupacional. Visualização de um vídeo sobre atenção plena. Sessão de meditação passiva guiada baseada no mindfulness, focada na respiração. | Expositivo Demonstrativo Ativo | Cognitivo Psicomotor | Vídeo: "The monkey business illusion" por Daniel Simons Coluna de som | 15' 2' (vídeo) 6' (meditação) | Do nível global de stress no início e final da sessão. |
| CONCLUSÃO | | Avaliação da sessão. | Interrogativo | Afetivo | Questionário de avaliação da sessão | 5' | |

Diapositivos da sessão (Apêndice J)

IV

TEMA DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE 2:

Promoção do bem-estar através da escuta ativa.

DURAÇÃO: 30'

DATAS: 11^a de dezembro de 2019, 9^c, 14^a e 15^b de janeiro de 2020

LOCAIS: Sala de formação do Hospital de Dia^a; Sala de reuniões da Unidade^b e Internamento^c

FORMADOR: Mestranda

DESTINATÁRIOS: Sistema Cliente Agregado – Grupo de profissionais que prestam cuidados a pessoa com doença hemato-oncológica.

OBJETIVO GERAL: Desenvolver a escuta ativa, enquanto facilitadora de uma comunicação eficaz em contexto laboral, através de estratégias baseadas no mindfulness, para a promoção do bem-estar.

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

| | OBJETIVOS ESPECÍFICOS No final da sessão os formandos deverão estar aptos a: | CONTEÚDOS E ATIVIDADES | MÉTODOS E TÉCNICAS | DOMÍNIO | MATERIAIS E EQUIPAMENTOS | TEMPO | AValiação |
|-----------------|---|--|--|--|---|--|---|
| INTRODUÇÃO | Identificar estratégias individuais para a gestão de stress ocupacional. | Apresentação do formador. Apresentação do sumário da sessão. | Expositivo | Cognitivo | Computador Projector Folheto sobre estratégias para a gestão do stress | 2' | Da satisfação com a sessão. Da contribuição da sessão para a minimização dos efeitos do stress no bem-estar. |
| DESENVOLVIMENTO | Conhecer a importância da escuta ativa para o desenvolvimento de uma comunicação eficaz. Associar os benefícios da aplicação de estratégias baseadas no mindfulness para o desenvolvimento da escuta ativa. Desenvolver o processo da escuta ativa, através de uma sessão de alongamentos com recurso a um conto. | Gestão de Stress Ocupacional e o mindfulness. Dinâmica da folha de papel. Comunicação e a escuta ativa. Visualização de um vídeo sobre atenção plena. Sessão de alongamentos com recurso a um conto. | Expositivo Demonstrativo Ativo | Cognitivo Afetivo Psicomotor | Folhas de papel Vídeo: "Joshua Bell plays in the Washington DC metro" por Palouse Mindfulness Coluna de som Conto: "Pássaros no ar" | 6' 2' (dinâmica) 5' 5'(vídeo) 5' (sessão de alongamento) | Do nível global de stress no início e final da sessão. |
| CONCLUSÃO | | Avaliação da sessão. | Interrogativo | Afetivo | Questionário de avaliação da sessão | 5' | |

Diapositivos da sessão (Apêndice K)

V

TEMA DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE 3:

Promoção do bem-estar através da regulação das emoções.

DURAÇÃO: 30'

DATAS: 19^a de dezembro de 2019, 21^a, 22^b e 23^c de janeiro de 2020

LOCAIS: Sala de formação do Hospital de Dia^a; Sala de reuniões da Unidade^b e Internamento^c

FORMADOR: Mestranda

DESTINATÁRIOS: Sistema Cliente Agregado – Grupo de profissionais que prestam cuidados a pessoa com doença hemato-oncológica.

OBJETIVO GERAL: Desenvolver o processo de regulação das emoções na resposta ao stress ocupacional, através de estratégias baseadas no mindfulness, para a promoção do bem-estar.

**STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR**

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS No final da sessão os formandos deverão estar aptos a: | | CONTEÚDOS E ATIVIDADES | MÉTODOS E TÉCNICAS | DOMÍNIO | MATERIAIS E EQUIPAMENTOS | TEMPO | AValiação |
|--|--|--|--|--|---|--|---|
| INTRODUÇÃO | Identificar estratégias individuais para a gestão de stress ocupacional. | Apresentação do formador. Apresentação do sumário da sessão. | Expositivo | Cognitivo | Computador Projetor Folheto sobre estratégias para a gestão do stress | 2' | Da satisfação com a sessão. Da contribuição da sessão para a minimização dos efeitos do stress no bem-estar. |
| | Conhecer a importância da regulação das emoções para a gestão individual do stress ocupacional. Associar os benefícios da aplicação de estratégias baseadas no mindfulness para a regulação das emoções. Realizar uma prática de meditação baseada no mindfulness, com a duração de 1 minuto, enquanto técnica promotora de bem-estar. | Gestão de Stress Ocupacional e o mindfulness. Regulação das emoções e a resposta ao stress ocupacional. Sessão de meditação de 1 minuto. Visualização de um vídeo sobre razão e emoção. | Expositivo Demonstrativo Ativo | Cognitivo Psicomotor Afetivo | Marcador de livro com instruções sobre a meditação STOP Video: "Meditação da higienização das mãos" por Andreia Rocha Coluna de som Filme: "Inner Working" por Leo Matsuda | 5' 5' 3' + 1' (vídeo) 6' (Curta Metragem) | Do nível global de stress no início e final da sessão. Das estratégias de gestão de stress utilizadas. Do nível de bem-estar através do Índice de bem-estar da OMS. |
| CONCLUSÃO | | Avaliação da sessão. | Interrogativo | Afetivo | Questionário de avaliação da sessão | 8' | |

Diapositivos da sessão (Apêndice L)

VI

TEMA:

Lidar com as emoções do doente hemato-oncológico.

DURAÇÃO: 45'

DATAS: 10 de janeiro de 2020

LOCAIS: Sala de formação do Hospital de Dia

FORMADOR: Psicólogo do Departamento de Hemato-oncologia

DESTINATÁRIOS: Sistema Cliente Agregado – Grupo de profissionais que prestam cuidados a pessoa com doença hemato-oncológica.

OBJETIVO GERAL: Capacitar o sistema cliente agregado para lidar com as emoções do doente hemato-oncológico.

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS No final da sessão os formandos deverão estar aptos a: | | CONTEÚDOS E ATIVIDADES | MÉTODOS E TÉCNICAS | DOMÍNIO | MATERIAIS E EQUIPAMENTOS | TEMPO | AVALIAÇÃO |
|---|---|---|---|---------------------------------|--|-----------------------|---|
| INTRODUÇÃO | <p>Conhecer as emoções mais frequentes da pessoa com doença hemato-oncológica.</p> <p>Identificar estratégias de coping para lidar com as emoções do doente hemato-oncológico.</p> <p>Aplicar as estratégias aprendidas nas situações da prática clínica em hemato-oncologia.</p> | Apresentação do formador. | Expositivo | Cognitivo | Computador Projetor Folheto sobre lidar com o sofrimento | 2' | Do nível de stress relacionado com lidar com clientes no final da sessão. |
| DESENVOLVIMENTO | | <p>Emoções do doente hemato-oncológico.</p> <p>Estratégias de coping para lidar com as emoções do doente hemato-oncológico.</p> <p>Role play de casos clínicos.</p> | <p>Expositivo</p> <p>Demonstrativo</p> <p>Ativo</p> | <p>Cognitivo</p> <p>Afetivo</p> | | <p>20'</p> <p>15'</p> | Dos mecanismos de coping identificados. |
| CONCLUSÃO | | Avaliação da sessão. | Interrogativo | Afetivo | Questionário de avaliação da sessão | 8' | |

VII

TEMA:

Lidar com a morte do doente hemato-oncológico.

DURAÇÃO: 45'

DATAS: 17 de janeiro de 2020

LOCAIS: Sala de formação do Hospital de Dia

FORMADOR: Psicólogo do Departamento de Hemato-oncologia

DESTINATÁRIOS: Sistema Cliente Agregado – Grupo de profissionais que prestam cuidados a pessoa com doença hemato-oncológica.

OBJETIVO GERAL: Capacitar o sistema cliente agregado para lidar com a morte do doente hemato-oncológico.

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS No final da sessão os formandos deverão estar aptos a: | | CONTEÚDOS E ATIVIDADES | MÉTODOS E TÉCNICAS | DOMÍNIO | MATERIAIS E EQUIPAMENTOS | TEMPO | AVALIAÇÃO |
|---|---|---|---|---------------------------------|---|-----------------------|---|
| INTRODUÇÃO | <p>Conhecer as principais emoções dos profissionais de saúde ao lidar com a morte da pessoa com doença hemato-oncológica.</p> <p>Identificar estratégias de coping para lidar com a morte do doente hemato-oncológico.</p> <p>Aplicar as estratégias aprendidas nas situações da prática clínica em hemato-oncologia.</p> | <p>Apresentação do formador.</p> <p>Apresentação do sumário da sessão.</p> | Expositivo | Cognitivo | <p>Computador</p> <p>Projetor</p> <p>Folheto sobre lidar com o sofrimento</p> | 2' | Do nível de stress relacionado com lidar com clientes no final da sessão. |
| DESENVOLVIMENTO | | <p>A vivência da morte do doente hemato-oncológico pelo profissional de saúde.</p> <p>Estratégias de coping para lidar com a morte dos doentes.</p> <p>Role play de casos clínicos.</p> | <p>Expositivo</p> <p>Demonstrativo</p> <p>Ativo</p> | <p>Cognitivo</p> <p>Afetivo</p> | | <p>20'</p> <p>15'</p> | Dos mecanismos de coping identificados. |
| CONCLUSÃO | | Avaliação da sessão. | Interrogativo | Afetivo | Questionário de avaliação da sessão | 8' | |

VIII

TEMA:

Mindfulness enquanto estratégia para a gestão do stress ocupacional.

DURAÇÃO: 30'

DATAS: 13 e 20 de janeiro de 2020

LOCAIS: Gabinete de Enfermagem do Serviço de Saúde Ocupacional

FORMADOR: Mestranda

DESTINATÁRIOS: Equipa de Enfermagem do Serviço de Saúde Ocupacional

OBJETIVO GERAL: Reconhecer a aplicabilidade de práticas baseadas no mindfulness na gestão do stress ocupacional.

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS No final da sessão os formandos deverão estar aptos a: | | CONTEÚDOS E ATIVIDADES | MÉTODOS E TÉCNICAS | DOMÍNIO | MATERIAIS E EQUIPAMENTOS | TEMPO | AVALIAÇÃO |
|---|---|--|--|--|---|-------|--|
| INTRODUÇÃO | Identificar estratégias individuais para a gestão de stress ocupacional. | Apresentação do formador. Apresentação do sumário da sessão. | Expositivo | Cognitivo | Computador Projetor Folha de papel Coluna de som | 2' | Integração da promoção do bem-estar psicológico na educação para a saúde realizada no SSO. |
| DESENVOLVIMENTO | Conhecer a importância da: escuta ativa para o desenvolvimento de uma comunicação eficaz. regulação das emoções para a gestão individual do stress ocupacional. Associar os benefícios da aplicação de estratégias para a autogestão do stress ocupacional baseadas no mindfulness, para o desenvolvimento da escuta ativa e para a regulação das emoções. | Gestão de Stress Ocupacional e o mindfulness. Dinâmica da folha de papel. Comunicação e a escuta ativa. Regulação das emoções e a resposta ao stress ocupacional. Sessão de meditação passiva guiada baseada no mindfulness, focada na respiração. | Expositivo Demonstrativo Ativo | Cognitivo Afetivo Psicomotor | | 15' | |
| CONCLUSÃO | Realizar uma prática de meditação passiva guiada baseada no mindfulness, focada na respiração, enquanto técnica promotora de bem-estar. | Discussão sobre a aplicabilidade de práticas baseadas no mindfulness na gestão do stress ocupacional. | Interrogativo | Afetivo | | 10' | |

5 – Avaliação prevista

Ao longo do projeto de intervenção planeiam-se os seguintes momentos de avaliação:

- No final da sessão de divulgação dos resultados do DSS, através da análise de conteúdo das respostas dadas às perguntas “nomeie o maior problema para si, no seu local de trabalho, causador de stress ocupacional” e “identifique medidas de controlo exequíveis para prevenir ou minimizar o problema”.
- No início das sessões de Educação para a Saúde, para questionar o nível global de stress (Apêndice M), através da escala presente no “Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde” (Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009) (Gomes, 2014) (Gomes & Teixeira, 2016).
- No final de cada sessão de Educação para a Saúde, para questionar:
 - a satisfação com a sessão através de escala dicotómica sim ou não (Apêndice N);
 - o nível global de stress, através da escala acima referida.
- No final das 3 sessões de Educação para a Saúde, para questionar:
 - o nível de bem-estar, através do “Índice de bem-estar da OMS” (Apêndice O) (WHO, 1998) (Topp, Østergaard, Søndergaard & Bech, 2015);
 - as estratégias individuais para a gestão do stress utilizadas.
- No final das sessões de formação com o psicólogo, para questionar:
 - o nível global de stress e o nível de stress relacionado com a dimensão lidar com os clientes (Apêndice P), através da subescala presente na escala acima referida;
 - os mecanismos de coping abordados, úteis para a prática.

6 – Recursos e orçamento

Para a operacionalização do projeto explanado neste protocolo prevê-se a utilização dos seguintes recursos e respetivo orçamento:

- Curso de formação em mindfulness – custo assegurado pela mestranda;
- Recursos para as técnicas baseadas em mindfulness – desenvolvidos pela mestranda durante o curso de formação, a partir dos materiais fornecidos pelo formador;
- Ligação à internet – disponível gratuitamente no Centro Hospitalar;
- Folhetos, cartazes, marcador e questionários – custo da impressão dos documentos assegurados pela mestranda:
 - Folheto sobre estratégias para controlo do stress (90 exemplares);
 - Folheto sobre estratégias para lidar com o sofrimento (90 exemplares);
 - Cartaz com os resultados do DSS (4 exemplares);
 - Cartaz sobre exercícios de mindfulness no local de trabalho (12 exemplares);
 - Marcador de livros (40 exemplares);
 - Questionários (40 por sessão).
- Computador e projetor – disponíveis nos serviços onde se procederá à intervenção;
- Salas de reunião – disponíveis nos serviços onde se procederá à intervenção.

Referências

- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2019). Guia eletrónico sobre a gestão do stresse e dos riscos psicossociais no local de trabalho. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia. Acedido em: 10/2019. Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-resources/e-guides/e-guide-managing-stress-and-psychosocial-risks>
- Alexander, G. K., Rollins, K., Walker, D., Wong, L. & Pennings, J. (2015). Yoga for self-care and burnout prevention among nurses. *Workplace health & safety*, 63(10), 462-470. Acedido em: 07/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2165079915596102>
- Arch, J. J. & Craske, M. G. (2006). Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. *Behaviour research and therapy*, 44(12), 1849-1858. Acedido em: 10/2019. DOI:10.1016/j.brat.2005.12.007
- Atallah, F., McCalla, S., Karakash, S. & Minkoff, H. (2016). Please put on your own oxygen mask before assisting others: a call to arms to battle burnout. *American journal of obstetrics and gynecology*, 215(6), 731-e1. Acedido em: 07/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.08.029>
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clin Psychol Sci Prac*, 10, 125–143. Acedido em: 10/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>
- Banha, P. C. A. D. S. (2013). Cuidar dos Enfermeiros—Um Projeto de Intervenção para redução do stress: Vulnerabilidade ao stress dos enfermeiros de um serviço de oncologia (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde.). Acedido em: 10/2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/6159>
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (4), 822–848. Acedido em: 10/2019. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/buy/2003-02410-012>
- Calisi, C. (2017). The effects of the relaxation response on nurses' level of anxiety, depression, well-being, work-related stress, and confidence to teach

- patients. *Journal of Holistic Nursing*, 35(4), 318-327. Acedido em: 07/2019. <https://doi.org/10.1177/0898010117719207>
- Cox, T., Griffiths, A. & Rial-Gonzalez, E. (2000). *Research on work related stress*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. Acedido em: 04/2019. Disponível em: https://osha.europa.eu/sites/default/files/publications/documents/en/publications/reports/203/TE2800882ENC_-_Research_on_Work-Related_Stress.pdf
- Creswell, J. D. (2017). Mindfulness interventions. *Annual review of psychology*, 68, 491-516. Acedido em: 10/2019. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-042716-051139>
- Damásio, A. (2003). Feelings of emotion and the self. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1001(1), 253-261. Acedido em: 10/2019. <https://doi.org/10.1196/annals.1279.014>
- Damásio, A. (2001). Emotion and the human brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 935(1), 101-106. Acedido em: 10/2019. [https://doi.org/10.1016/S0165-0173\(97\)00064-7](https://doi.org/10.1016/S0165-0173(97)00064-7)
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em: 03/2019. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2018). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional: Extensão 2018/2020*. Lisboa: DGS. Acedido em: 03/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/programa-nacional4.aspx>
- Doré, C., Duffett-Leger, L., McKenna, M., Salsberg, J. & Breau, M. (2018). Burnout and empowerment among hemodialysis nurses in Quebec (Doctoral dissertation). Acedido em: 07/2019. Disponível em: [file:///C:/Users/andre/Downloads/Dor%C3%A9_Christina_2018_these%20\(submitted%20April%2013th\)%20-%20Copie.pdf](file:///C:/Users/andre/Downloads/Dor%C3%A9_Christina_2018_these%20(submitted%20April%2013th)%20-%20Copie.pdf)
- Foster, K., Cuzzillo, C. & Furness, T. (2018). Strengthening mental health nurses' resilience through a workplace resilience programme: A qualitative inquiry. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 25(5-6), 338-348. Acedido em: 07/2019. <https://doi.org/10.1111/jpm.12467>

- Gama, G. M. D., Barbosa, F. & Vieira, M. (2011). Escala de Sobrecarga de Luto Profissional (SLP): construção e validação. *Cadernos de Saúde*, Vol 4, nº 2, 2011, 4, 57-64. Acedido em: 10/2019. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0002-9439-2804>
- Gama, M. G. M. D. (2014). O luto profissional nos enfermeiros. Acedido em: 10/2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/13973>
- Goldman, M. L., Bernstein, C. A., Konopasek, L., Arbuckle, M. & Mayer, L. E. (2018). An Intervention Framework for Institutions to Meet New ACGME Common Program Requirements for Physician Well-Being. *Academic Psychiatry*, 42(4), 542-547. Acedido em: 07/2019. doi: 10.1007/s40596-018-0882-x.
- Gomes, A. R., Cruz, J. F. & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307-318. Acedido em: 04/2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/9921>
- Gomes, A. R. (2014). Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros. *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology*, 48(1). Acedido em: 04/2019. Disponível em: <https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/view/252>
- Gomes, A. R. & Teixeira, P. (2016). Stress, cognitive appraisal, and psychological health: Testing instruments for health professionals. *Stress and Health*, 32(2), 167-172. Acedido em: 04/2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/41767>
- Gross, J. J. & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. Acedido em: 10/2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/303248970_Emotion_Regulation_Conceptual_Foundations
- Guillaumie, L., Boiral, O. & Champagne, J. (2017). A mixed-methods systematic review of the effects of mindfulness on nurses. *Journal of advanced nursing*, 73(5), 1017-1034. Acedido em: 07/2019. <https://doi.org/10.1111/jan.13176>
- Hafenbrack, A. C. (2017). Mindfulness Meditation as an On-The-Spot Workplace Intervention. *Journal of Business Research*, 75, 118-129. Acedido em: 10/2019. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2017.01.017>

- Hilton, L. G., Marshall, N. J., Motala, A., Taylor, S. L., Miake-Lye, I. M., Baxi, S., ... & Hempel, S. (2019). Mindfulness meditation for workplace wellness: An evidence map. *Work*, (Preprint), 1-14. Acedido em: 10/2019. DOI: 10.3233/WOR-192922
- Hochwälder, J. (2007). The psychosocial work environment and burnout among Swedish registered and assistant nurses: The main, mediating, and moderating role of empowerment. *Nursing & Health Sciences*, 9(3), 205-211. Acedido em: 07/2019. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2007.00323.x>
- Howarth, A., Smith, J. G., Perkins-Porras, L. & Ussher, M. (2019). Effects of Brief Mindfulness-Based Interventions on Health-Related Outcomes: a Systematic Review. *Mindfulness*, 1-12. Acedido em: 10/2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12671-019-01163-1>
- Jacques, J. P. B., Ribeiro, R. P., Scholze, A. R., Galdino, M. J. Q., Martins, J. T., & Ribeiro, B. G. D. A. (2018). Wellness room as a strategy to reduce occupational stress: quasi-experimental study. *Revista brasileira de enfermagem*, 71, 483-489. Acedido em: 07/2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0572>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. (1996). Mindfulness meditation: What it is, what it isn't, and its role in health care and medicine. Comparative and psychological study on meditation, 161-170. Acedido em: 10/2019. Disponível em: https://www.fs.usda.gov/rmrs/sites/default/files/documents/Kabat-Zinn%20%281996%29%20-%20Mindfulness%20meditation%20-%20what%20it%20is%20what%20it%20isn%27t_0.pdf
- Kabat-Zinn, J. Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of behavioral medicine*, 8(2), 163-190. Acedido a: 10/2019. DOI:10.1007/bf00845519
- Kovács, M. J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O mundo da saúde*, 34(4), 420-429. Acedido em: 10/2019. DOI:10.15343/0104-7809.20104420429
- Kreitzer, M. J. & Klatt, M. (2017). Educational innovations to foster resilience in the health professions. *Medical Teacher*, 39(2), 153-159. Acedido em: 07/2019. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1248917>

- Kurnat-Thoma, E., El-Banna, M., Oakcrum, M. & Tyroler, J. (2017). Nurses' health promoting lifestyle behaviors in a community hospital. *Applied Nursing Research*, 35, 77-81. Acedido em: 07/2019. doi: 10.1016/j.apnr.2017.02.012.
- Langer, E. J. & Moldoveanu, M. (2000). The Construct of Mindfulness. *Journal of Social Issues*, 56, 1–9. Acedido em: 10/2019. <https://doi.org/10.1111/0022-4537.00148>
- Leka, S., Griffiths, A. & Cox, T. (2003). Work organisation and stress: systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives. Geneve: WHO. Acedido em: 04/2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42625/9241590475.pdf>
- López-Castillo, J., Gurpegui, M., Ayuso-Mateos, J. L., Luna, J. D. & Catalan, J. (1999). Emotional distress and occupational burnout in health care professionals serving HIV-infected patients: A comparison with oncology and internal medicine services. *Psychotherapy and psychosomatics*, 68(6), 348-356. Acedido em: 10/2019. <https://doi.org/10.1159/000012354>
- Mackenzie, C. S., Poulin, P. A. & Seidman-Carlson, R. (2006). A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Applied nursing research*, 19(2), 105-109. Acedido em: 07/2019. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2005.08.002>
- Mackereth, P. A., White, K., Cawthorn, A. & Lynch, B. (2005). Improving stressful working lives: complementary therapies, counselling and clinical supervision for staff. *European Journal of Oncology Nursing*, 9(2), 147-154. Acedido em: 10/2019. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2004.04.006>
- Manocha, R., Gordon, A., Black, D., Malhi, G. & Seidler, R. (2009). Using meditation for less stress and better wellbeing: A seminar for GPs. *Australian family physician*, 38(6), 454. Acedido em: 10/2019. Disponível em: <https://www.racgp.org.au/afp/200906/32322>
- Motley, D. L. & Prelip, M. (2011). Assessing Hospital Employee's Readiness for Change for a Workplace Wellness Program. *Californian Journal of Health Promotion*, 9(2), 95-106. Acedido em: 07/2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/264861365_Assessing_Hospital_Employees'_Readiness_for_Change_for_a_Workplace_Wellness_Program

- Mustafaei Najaf-Abadi, H. & Rezaei, B. (2018). Health-promoting behaviours of Iranian nurses and its relationship with some occupational factors: A cross sectional study. *Journal of nursing management*, 26(6), 717-725. Acedido em: 07/2019. <https://doi.org/10.1111/jonm.12610>
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a: 10/2019 Disponível em: https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
- Perry, L., Nicholls, R., Duffield, C. & Gallagher, R. (2017). Building expert agreement on the importance and feasibility of workplace health promotion interventions for nurses and midwives: A modified Delphi consultation. *Journal of advanced nursing*, 73(11), 2587-2599. Acedido em: 07/2019. <https://doi.org/10.1111/jan.13345>
- Pinho, R. (2015). Fatores de risco/riscos psicossociais no local de trabalho. Lisboa: DGS. Acedido em: 03/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-diversos/trabalho-da-rute-pinho1.aspx>
- Quick, J. & Henderson, D. (2016). Occupational stress: preventing suffering, enhancing wellbeing. *International journal of environmental research and public health*, 13(5), 459. Acedido em: 04/2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4881084/>
- Reive, C. (2019). The biological measurements of mindfulness-based stress reduction: a systematic review. *EXPLORE*, 15(4), 295-307. Acedido em: 10/2019. DOI:10.1016/j.explore.2019.01.001
- Resende, E. M. S. L. (2009). Contributo para o estudo da influência do stress na resposta imunitária à vacina contra a gripe em profissionais de saúde. Acedido em: 10/2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10362/3987>
- Riet, V. D. P., Levett-Jones, T. & Aquino-Russell, C. (2018). The effectiveness of mindfulness meditation for nurses and nursing students: An integrated literature review. *Nurse education today*, 65, 201-211. Acedido em: 10/2019. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.03.018>
- Sacadura-Leite, E. & Sousa-Uva, A. (2012). Fatores indutores de stress em profissionais de saúde. *Saúde e Trabalho*, 8, 7-21. Acedido em: 04/2019. Disponível em:

https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/30880314/01.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1555789287&Signature=veJjOmd2KC0K9FO5Lkoggejy29c%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DFatores_indutores_de_stress_em_profissao.pdf

- Silva, S. M. D., Borges, E., Abreu, M., Queirós, C., Baptista, P. C. P. & Felli, V. E. A. (2016). Relação entre resiliência e burnout: promoção da saúde mental e ocupacional dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (16), 41-48. Acedido em: 07/2019. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0156>.
- Souza, R. C. D., Pereira, M. A. & Kantorski, L. P. (2003). Escuta terapêutica: instrumento essencial do cuidado em enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*, 92-97. Acedido em: 10/2019. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v11n1/v11n1a15.pdf>
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S. & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(3), 167-176. Acedido a: 04/2019 Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000376585>
- Tuisku, K., Pulkki-Råback, L. & Virtanen, M. (2016). Cultural events provided by employer and occupational wellbeing of employees: A cross-sectional study among hospital nurses. *Work*, 55(1), 93-100. Acedido em: 07/2019. DOI: 10.3233/WOR-162389
- World Health Organization (1998). Wellbeing measures in primary health care/the DEPCARE project: report on a WHO meeting, Stockholm, Sweden 12-13 February 1998. In *Wellbeing measures in primary health care/the DEPCARE project: report on a WHO meeting, Stockholm, Sweden 12-13 February 1998*. Acedido em: 04/2019. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/130750/E60246.pdf

APÊNDICES

Apêndice A – Cartaz de divulgação dos resultados do DSS

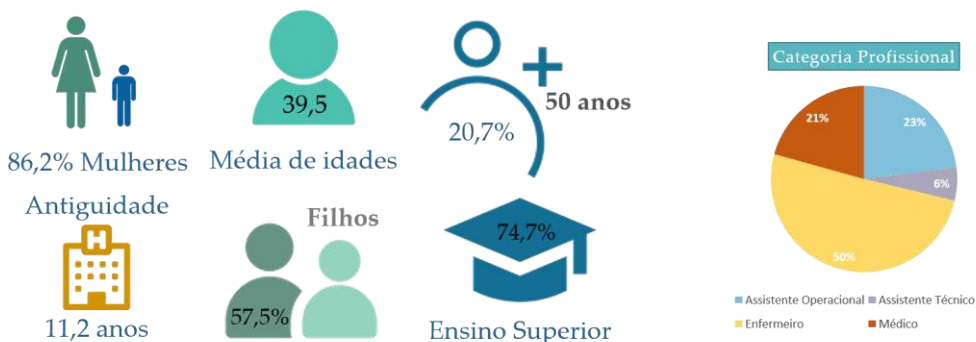
Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde

Diagnóstico de Situação de Saúde dos Profissionais do Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula

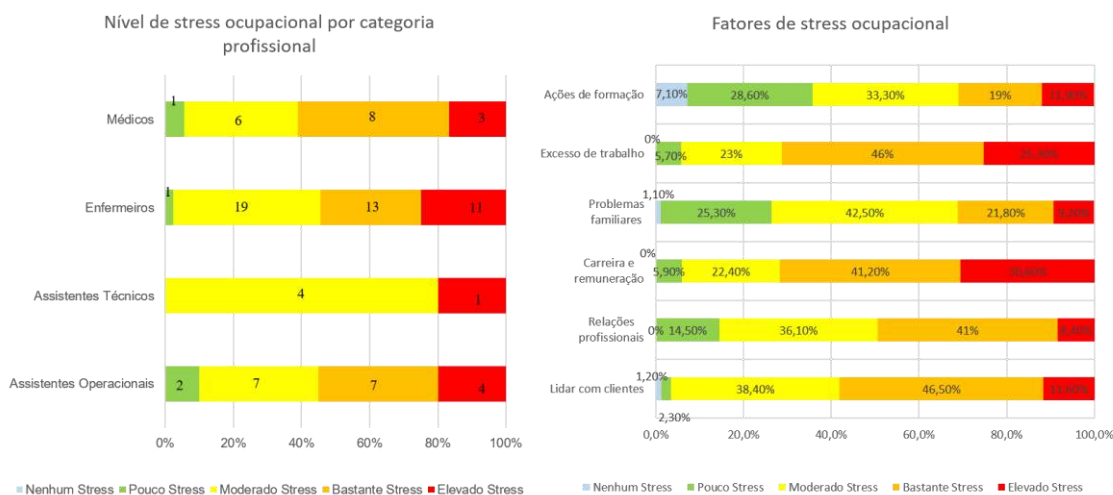
1 Caracterização Sociodemografica

Amostra 87 Profissionais de Saúde

Informações recolhidas em junho de 2019.



2 Stress Ocupacional



3 Comportamentos de Saúde



A partir da divulgação dos resultados obtidos, pretende-se envolver os profissionais de saúde no projeto de intervenção comunitária promovido pelo Serviço de Saúde Ocupacional.

Apêndice B – Folheto sobre estratégias para a gestão do stress

Sinais e Sintomas do Stress

O stress pode manifestar-se de diversas formas e ser diferente para cada pessoa.

Sinais e sintomas físicos:

- Cefaleias;
- Dor no peito e taquicardia;
- Fadiga e sensação de exaustão;
- Insónias ou outros distúrbios do sono;
- Dores musculares e tensão muscular;
- Alterações no peso;
- Problemas digestivos.

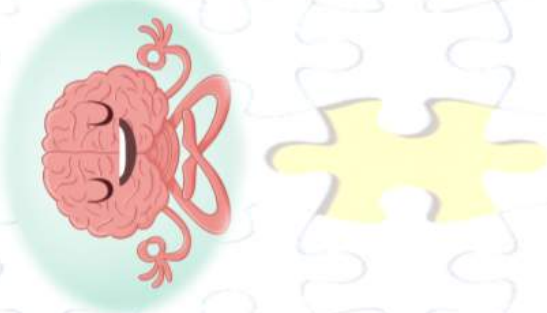
Sinais e sintomas comportamentais:

- Distúrbios alimentares;
- Abuso de tabaco, álcool ou outras drogas;
- Diminuição da produtividade;
- Isolamento social;
- Conflitos interpessoais.

Sinais e sintomas cognitivos e emocionais:

- Esquecimentos e problemas de concentração;
- Alterações do humor;
- Depressão, tristeza ou sentimento de solidão;
- Raiva, irritabilidade, ansiedade ou impaciência;
- Insatisfação no trabalho.

**LIBERTE-SE DO STRESS
E MANTENHA A SUA SAÚDE**



ESTRATÉGIAS

Como está o seu nível de Stress?

O stress nem sempre é mau. Um pouco de stress ajuda-o a mantê-lo focado, energético e capaz de ir ao encontro de novos desafios no trabalho.

Por vezes, a melhor forma de reduzir o stress é simplesmente partilhá-lo com alguém próximo de si.



Ter o apoio de familiares e amigos é extremamente importante.

Também no trabalho é importante ter um sistema de suporte entre os colegas.

Mas se o stress no trabalho está a interferir com o desempenho do seu trabalho, com a sua saúde ou vida pessoal, está na hora de procurar ajuda.



A equipa do Serviço de Saúde Ocupacional está disponível para o ajudar.

Estratégias para gerir o Stress no Trabalho

Promova a saúde através da nutrição e atividade física:

Faça exercícios regulares: caminhar, correr, dançar, pelo menos 30 minutos na maioria dos dias, melhoram o humor, aumentam a energia, aprimoram o foco e relaxam a mente e o corpo.

Faça boas escolhas alimentares: comer refeições pequenas, variadas e frequentes mantêm a sua energia e evita mudanças de humor.

Evite açúcares refinados e cafeína em excesso.

Evite fumar e beba álcool com moderação.



Melhore a qualidade do seu sono:

Quanto melhor for o seu descanso, mais preparado estará para lidar com o stress no local de trabalho.

Tente ir para a cama e levantar-se às mesmas horas todos os dias. Desligue os aparelhos eletrónicos uma hora antes de dormir. Faça atividades calmas e tranquilas, como ler ou ouvir música suave e reduza a luminosidade.



Priorize e organize:

Estabeleça limites saudáveis e saiba dizer não.

Faça uma lista de tarefas e liberte-se das que não são realmente necessárias.

Delegue tarefas, estabeleça metas atingíveis e compromissos realistas.



Tente encontrar um **equilíbrio** entre vida profissional e familiar, atividades sociais e solitárias, responsabilidades diárias e tempo de inatividade.

Programa antecipadamente o seu dia para não ter contratempos ou estar preparado para lidar com imprevistos. Faça **pausas** ao longo do dia para passear, conversar ou praticar uma técnica de relaxamento.



🕒 **Evite ser perfeccionista.**

🕒 **Inverta o pensamento negativo.**

🕒 **Não tente controlar o incontrolável.**

🕒 **Procure o humor nas situações.**



Prevenir o stress ocupacional ao lidar com o sofrimento

Os profissionais de saúde estão expostos a um nível elevado de sofrimento.

Estar em contato com as pessoas nos seus momentos mais difíceis pode fazer com que se sinta impotente e pessimista.

Esta situação leva a situações de stress ocupacional, podendo ocorrer fadiga por compaixão ou burnout.



Promova a sua resiliência:

A resiliência é a capacidade de responder e adaptar-se a situações complexas. Ser resiliente não significa que não tenha emoções, como a tristeza, quando está na presença de uma pessoa em sofrimento, mas sim ter a capacidade de lidar com essas emoções e transformá-las em objetivos para o desempenho profissional.



Reconheça que faz a diferença:

Aprece o que faz com cada pessoa que cuida, ajudando-as e escutando-as. Nem sempre o objetivo é "salvar vidas", mas sim dar conforto e aliviar o sofrimento. Isso não torna o seu trabalho menos "importante". Torna-o significativo.

Estratégias para lidar com o sofrimento

Autocuidado

Cuide de si, física e emocionalmente. Assim estará capacitado para lidar com situações complexas, como o sofrimento da outra pessoa.

Coloque as situações em perspectiva

Concentre-se numa visão ampla das experiências do local de trabalho, de modo a não dar um relevo desproporcionado às mesmas.

Converse com um colega de trabalho

Cultive o apoio mútuo entre si e os seus colegas, para conversarem sobre as emoções provocadas pelo sofrimento a que estão expostos. Não pense que é o único a vivenciá-las.

Procure apoio

Não acumule nem ignore as emoções. Se sentir que é demasiado para si, procure apoio no Serviço de Saúde Ocupacional.



Dicas

Num turno pode não ter tempo para uma pausa prolongada. Mas tem que ter tempo para lavar as mãos. Aproveite este momento para parar, respirar fundo e regular as emoções.

Se puder fazer uma pausa, saia do seu local de trabalho e mude de ambiente. O focar a sua atenção no ato de caminhar e no que o rodeia também ajuda a regular as emoções.

<https://oncologypro.esmo.org/2019-Preceptorship-Supportive-Palliative-Burnout-Maria-Die-Trill.pdf>

ESEL

Andreia E. F. Rocha

10º Mestrado em Enfermagem na área
de especialização de Enfermagem
Comunitária

Apêndice D – Cartaz sobre mindfulness no trabalho

LIBERTE-SE DO STRESS E MANTENHA A SUA SAÚDE

10 Exercícios de atenção plena para melhorar o seu bem-estar



Diariamente, coloque-se numa posição tranquila e foque-se na sua respiração. Por vezes bastam 5 minutos.



Numa situação difícil, pare e dê atenção plena à sua respiração durante 1 minuto. Esta servirá de âncora para o trazer ao momento presente.



Quando estiver ao computador pare e percecione o peso das pernas na cadeira e os pés em contato com o chão. Sinta o momento presente.



Ao caminhar, concentre a sua atenção nos pés, um passo de cada vez. Regule a respiração com o movimento.



Durante a higienização das mãos preste atenção ao momento: no sabão nas mãos, nos movimentos, na temperatura da água. Fique na experiência e não nos pensamentos.



Quando estiver a executar uma tarefa durante um longo período, permita que a sua visão se amplie e observe o ambiente que o rodeia, com atenção aos detalhes.



Faça pausas, feche os olhos e ouça os sons ao seu redor. É como ampliar a visão, mas com a sua audição e tente perceber esses sons.



Pelo menos uma vez por dia, observe algo simples que considere bonito. Intencionalmente, dedique alguns momentos para perceber a sua beleza.



Antes de uma interação importante, faça uma pausa, respire calmamente e foque-se em interagir com verdadeira atenção ao momento.



Enquanto conversa com alguém, observe todos os detalhes, como a expressão do rosto, a postura e o significado das palavras. Esteja realmente presente.

Fonte: <http://www.ih.org/communities/blogs/10-mindfulness-exercises-for-the-health-care-workplace>

Apêndice E – Marcador de livro com Meditação STOP



Pare para respirar

Esta técnica permite-lhe sair do piloto automático e focar-se no momento presente.

Lembre-se da palavra STOP.

S – pare e **Sinta**

Venha para o momento presente, questione e aperceba-se:

O que estou a vivenciar?

Pensamentos... Sentimentos... Sensações...

T – **Tire** 1 minuto para **respirar**

Direcione a sua atenção para a respiração, para cada inspiração e expiração.

A sua respiração serve de ancora para trazê-lo ao presente e proporcionar calma.

O – **Observe**

Expandir os seus **sentidos** para além da respiração para incluir todo o seu corpo, a sua postura e para os sons, cores e cheiros que o rodeiam.

P – **Prossiga**

Perceba o “**aqui e agora**”. Seja curioso com cada momento e não permita reações automáticas. Continue sem expectativas...

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA PARA O STRESS OCUPACIONAL

INÍCIO

MINDFULNESS NO TRABALHO

ACERCA

CONTATOS



Mindfulness no trabalho

O que é o mindfulness?



POWERED BY weebly

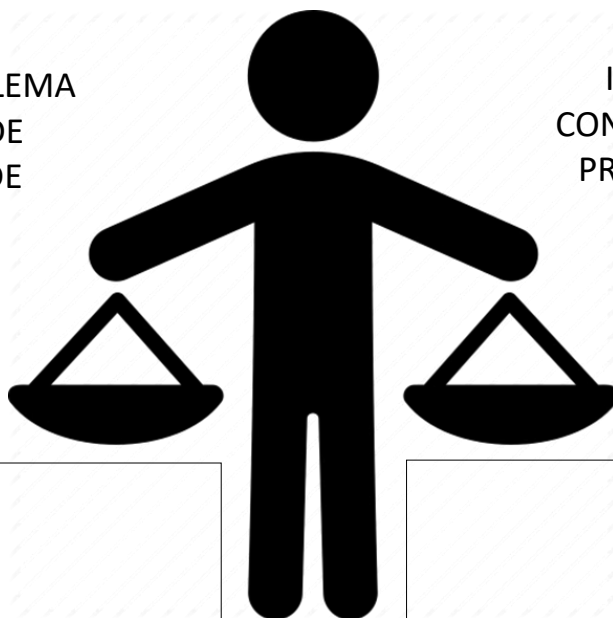
Através da parceria estabelecida com as chefias, o site foi divulgado a todos os profissionais de saúde através da partilha do link por email.

<https://previnastressocupacional.weebly.com/>

Apêndice G – Ficha com perguntas abertas

NOMEIE O MAIOR PROBLEMA
PARA SI, NO SEU LOCAL DE
TRABALHO, CAUSADOR DE
STRESS OCUPACIONAL.

IDENTIFIQUE MEDIDAS DE
CONTROLO EXEQUÍVEIS PARA
PREVENIR OU MINIMIZAR O
PROBLEMA.



Apêndice H – Diapositivos da sessão de divulgação dos resultados do DSS



Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde

Diagnóstico de Situação de Saúde dos Profissionais do Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula

Mestranda: Andreia E. F. Rocha, Enf.
Orientadora Clínica: Regina Rocha, EEECSP, SSO
Professora Orientadora: Fátima Rodrigues, PhD, ESEL

Outubro | 2019



Pertinência do Tema

O stress ocupacional é uma das principais causas de doença profissional e comportamentos não saudáveis.

O local de trabalho é privilegiado para a promoção da saúde.

Eixo estratégico das políticas saudáveis do Plano Nacional de Saúde (PNS)

O Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) tem como objetivo promover ambientes de trabalho saudáveis e seguros.

O Serviço de Saúde Ocupacional do CHULN tem a missão de prevenir as doenças profissionais e os acidentes de trabalho, promover / proteger a saúde dos profissionais e a adaptação da atividade à situação de saúde dos mesmos.



Resultados do Diagnóstico de Situação de Saúde

- 1 Caracterização Sociodemográfica
- 2 Stress Ocupacional
- 3 Comportamentos de Saúde
- 4 O problema e a solução



Resultados do Diagnóstico de Situação de Saúde

1 Caracterização Sociodemográfica

Amostra: 87 Profissionais de Saúde

Informações recolhidas em junho de 2019

- 86,2% Mulheres
- 39,5 Média de idades
- 20,7% + 50 anos
- Antiguidade: 11,2 anos
- Filhos: 57,5%
- 74,7% Ensino Superior



Resultados do Diagnóstico de Situação de Saúde

1 Caracterização Sociodemográfica

Categorias Profissionais



■ Assistente Operacional ■ Assistente Técnico
 ■ Enfermeiro ■ Médico



Resultados do Diagnóstico de Situação de Saúde

2 Stress Ocupacional

Distribuição dos profissionais pelo nível de bem-estar percebido



Média = 12,9618
 Desvio-Std = 3,20016
 N = 87



ESEL Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
Andréa E. F. Rocha

Resultados do Diagnóstico de Situação de Saúde

2 Stress Ocupacional

Mecanismos de Coping mais utilizados pelos profissionais

- Planeamento
- Coping ativo
- Reinterpretação positiva
- Suporte emocional



A partir da divulgação dos resultados obtidos, pretende-se envolver os profissionais de saúde no projeto de intervenção comunitária promovido pelo Serviço de Saúde Ocupacional.

Programas de Promoção da Saúde

Vigilância da Saúde

Programa de vacinação

ESBLO Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
DOROTA S. F. ROLTA

4 O problema e a solução

De modo a ser proactivo e não reativo

?

ESBLO Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
DOROTA S. F. ROLTA

Obrigada pela atenção!

Apêndice I – Diapositivos da sessão de divulgação ao SSO



Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde

Diagnóstico de Situação de Saúde dos Profissionais do

Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula

Mestranda: Andreia E. F. Rocha, Enf.
Orientadora Clínica: Regina Rocha, EEECSF, SSO
Professora Orientadora: Fátima Rodrigues, PhD, ESEL

Novembro | 2019



Pertinência do Tema

O stress ocupacional é uma das principais causas de doença profissional e comportamentos não saudáveis.

O local de trabalho é privilegiado para a promoção da saúde.

Eixo estratégico das políticas saudáveis do Plano Nacional de Saúde (PNS)

O Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) tem como objetivo promover ambientes de trabalho saudáveis e seguros.

O Serviço de Saúde Ocupacional do CHULN tem a missão de prevenir as doenças profissionais e os acidentes de trabalho, promover / proteger a saúde dos profissionais e a adaptação da atividade à situação de saúde dos mesmos.



Recolha de informações

Questionário

- Parte I: características sociodemográficas e do trabalho;
- Parte II: "Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS)" (Ribeiro, 1993) (Ribeiro, 2004);
- Parte III: "Índice de bem-estar da OMS (WHO, 1998) (Topp, Østergaard, Søndergaard & Bech, 2015);
- Parte IV: "Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS)" (Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009) (Gomes, 2014) (Gomes e Teixeira, 2016)
- Parte V: "Inventário Brief COPE" (Carver, 1997) (Ribeiro e Rodrigues, 2004).



Resultados do Diagnóstico de Situação de Saúde

- 1 Caracterização Sociodemográfica
- 2 Stress Ocupacional
- 3 Comportamentos de Saúde
- 4 O problema e a solução



Resultados do Diagnóstico de Situação de Saúde

1 Caracterização Sociodemográfica

Amostra: 87 Profissionais de Saúde

Informações recolhidas em junho de 2019.

86,2% Mulheres

Média de idades: 39,5

20,7% + 50 anos

Antiguidade: 11,2 anos

Filhos: 57,5%

Ensino Superior: 74,7%



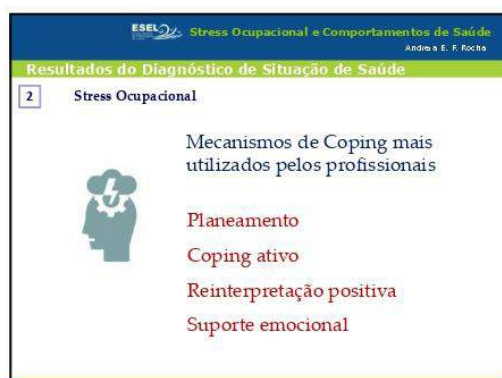
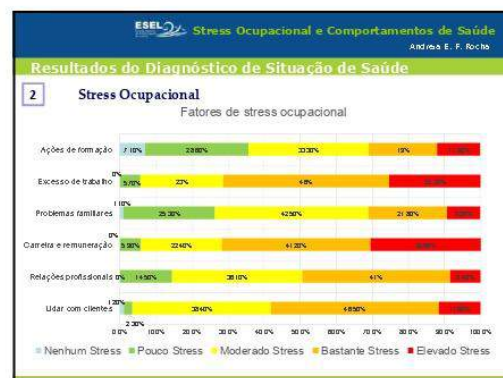
Resultados do Diagnóstico de Situação de Saúde

1 Caracterização Sociodemográfica

Categorias Profissionais



Assistente Operacional 23%
Assistente Técnico 21%
Enfermeiro 50%
Médico 6%



ESEL Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
Andréa E. F. Rocha

4 O problema e a solução

A partir da divulgação dos resultados obtidos, pretende-se envolver os profissionais de saúde no projeto de intervenção comunitária promovido pelo Serviço de Saúde Ocupacional.

De modo a ser proactivo e não reativo

?

ESEL Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
Andréa E. F. Rocha

Serviço de Saúde Ocupacional

NOME E O MAIOR PROBLEMA PARA SI, NO SEU LOCAL DE TRABALHO, CAUSADOR DE STRESS OCUPACIONAL...

IDENTIFIQUE MEDIDAS DE CONTROLO EXEQUÍVEIS PARA PREVENIR OU MINIMIZAR O PROBLEMA.

ESEL Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
Andréa E. F. Rocha

Problema

- Carga e ritmo de trabalho (15 unidades de registo)**
 - Falta de recursos humanos
 - Falta de tempo para prestar cuidados
 - Inexperiência profissional
 - Outros fatores
- Relações interpessoais no trabalho (19 unidades de registo)**
 - Comunicação
 - Conflitos e mal estar
 - Relação com clientes, inter pares e chefia
 - Características da personalidade
- Ambiente e equipamentos (25 unidades de registo)**
 - Falta de condições ambientais institucionais
 - Falta de condições ambientais no serviço
 - Falta de equipamentos adequados
 - Deficit da resposta dos serviços não clínicos

ESEL Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
Andréa E. F. Rocha

Medida de controlo

- Desenvolvimento da gestão (16 unidades de registo)**
 - Aumentar os recursos humanos
 - Reorganizar os recursos humanos
- Treino em gestão de stress (18 unidades de registo)**
 - Estratégias individuais
 - Estratégias de grupo
- Ergonomia e condições físicas (20 unidades de registo)**
 - Medidas de engenharia/estruturais
 - Outras melhorias

Diretor do Serviço escreveu "proponho visita às instalações dos serviços, para avaliação das condições de trabalho e da logística da admissão de doentes".

ESEL Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
Andréa E. F. Rocha

Obrigada pela atenção!

ESEL Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
Andréa E. F. Rocha

2 Consequências do Stress Ocupacional

O stress não é uma doença, mas pode causar alterações na maneira como os profissionais pensam, sentem ou se comportam no trabalho.

Diagrama mostrando as consequências do stress ocupacional:

- Sinais e sintomas (centro)
- Físicos (acima)
- Emocionais (direita)
- Cognitivos (abaixo)
- Comportamentais (esquerda)

Modificado a partir de Kessler e Friedman (2005)

ESEL Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
Andréa E. F. Rocha

3 Gestão do Stress Ocupacional

Diagrama de gestão do stress ocupacional:

- Organizações (ícone de prédio)
- Indivíduos (ícone de pessoa)
- Estratégias Organizacionais
- Estratégias Individuais
- Redução do Stress Ocupacional

(Cm. Orlowski, 2001; Orlowski et al., 2001)

ESEL Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
Andréa E. F. Rocha

3 Gestão do Stress Ocupacional

Diagrama de estratégias de gestão do stress ocupacional:

- Gestão do Tempo
- Terapia
- Exercício Físico
- Hobbies
- Meditação
- Contacto com a natureza
- Música
- Leitura
- Yoga
- Massagens

ESEL Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
Andréa E. F. Rocha

4 Prática de uma estratégia individual

Meditação

Imagem de uma pessoa praticando meditação em uma ponte de pedras sobre um rio, com o sol refletido na água.

ESEL Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
Andréa E. F. Rocha

4 Prática de uma estratégia individual

Mindfulness

Atenção plena No aqui e agora

Programa de redução do stress baseado em mindfulness de Kabat-Zinn

| Efeitos na Saúde Física | Efeitos na Saúde Mental | Efeitos Cognitivos e afetivos |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| | | |

Mecanismos Psicológicos
Mecanismos Neurobiológicos

(Grawell, 2017)

ESEL Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
Andréa E. F. Rocha

O que pode perder se não cultivar a atenção plena.

https://www.youtube.com/watch?v=IGQmdoK_ZfY



RECURSOS UTILIZADOS:

- **Vídeo** “The monkey business illusion” por Daniel Simons, disponível em https://www.youtube.com/watch?v=IGQmdoK_ZfY
- **Meditação da respiração na posição sentada**

Metodologia: pode ser realizada na sala de trabalho, com duração de 6’. Música de fundo.

Execução: Pede-se aos participantes para se sentarem confortavelmente na cadeira, com as costas direitas e as mãos na barriga. Explica-se que o foco da meditação é na respiração abdominal.

Dá-se **início** à meditação...

Olhe fixamente para um ponto no chão e vá desfocando a imagem progressivamente até fechar os olhos.

Concentre a sua consciência para as sensações físicas na barriga, à medida que o ar entra e sai pelo nariz.

Inspire e sinta o abdómen a expandir.

Expire e sinta o ar ser libertado.

2': Inspire... Expire... Concentre-se na respiração, tranquilamente.

3': Inspire... Expire... Concentre-se na respiração e deixe os pensamentos fluírem para fora da sua mente.

Se algum pensamento tentar entrar, não se zangue, sorria, aceite-o.

Inspire tranquilamente.

Pense nele como uma pena e na próxima expiração, imagine que a sopra gentilmente para bem longe.


4': Inspire... Expire... Conte os ciclos respiratórios tranquilamente...

5': Agora, que esteve concentrado na sua respiração, expanda os seus sentidos. Tome consciência dos sons que o rodeiam, das sensações na sua pele...

6': Ao seu tempo, com serenidade, abra os olhos e tome consciência no aqui e agora...

Conteúdo desenvolvido pela mestrandia, durante o curso de formação em mindfulness.


Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
 Promoção do bem-estar através da escuta ativa
 Mestranda: Andreia E. F. Rocha, Enf.
 Orientadora Clínica: Regina Rocha, EEECS, SSO
 Professora Orientadora: Fátima Rodrigues, PhD, ESEL
 Dezembro | 2019


Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
 (Andreia E. F. Rocha)

Sumário

- 1 Gestão do Stress Ocupacional
- 2 Comunicação e escuta ativa
- 3 Prática de uma estratégia individual

 **Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde**
 Andreia E. F. Rocha

1 Gestão do Stress Ocupacional



```

    graph LR
      A[Icon of a building and a person] --> B(Estratégias Organizacionais)
      A --> C(Estratégias Individuais)
      B --> D(Redução do Stress Ocupacional)
      C --> D
  
```

 **Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde**
 Andreia E. F. Rocha

1 Gestão do Stress Ocupacional



```

    graph TD
      A((Gestão do Tempo)) --- B((Terapia))
      B --- C((Exercício Físico))
      C --- D((Hobbies))
      D --- E((Meditação))
      E --- F((Contato com a natureza))
      F --- G((Música))
      G --- H((Leitura))
      H --- I((Yoga))
      I --- J((Massagens))
      J --- A
      K((Puzzle Piece)) --- A
      K --- B
      K --- C
      K --- D
      K --- E
      K --- F
      K --- G
      K --- H
      K --- I
      K --- J
  
```

 **Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde**
 Andreia E. F. Rocha

1 Gestão do Stress Ocupacional

Meditação



 **Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde**
 Andreia E. F. Rocha

1 Gestão do Stress Ocupacional

Mindfulness

Atenção plena *No aqui e agora*

Programa de redução do stress baseado em mindfulness de Kabat-Zinn

Efeitos na Saúde Física



Efeitos na Saúde Mental

Efeitos Cognitivos e afetivos

Mecanismos Psicológicos

Mecanismos Neurobiológicos

(Creswell et al. 2017)

ESEL Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
Andréa E. F. Rocha

1 Gestão do Stress Ocupacional

Mindfulness



- Não julgamento
- Paciência
- Mente de principiante
- Confiança
- Sem esforço
- Aceitação
- Desapego

Hubert-Dum 1980

ESEL Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
Andréa E. F. Rocha

1 Gestão do Stress Ocupacional



Stressors in healthcare:

- Número reduzido de profissionais de saúde
- Falta tempo para dar atenção aos doentes e familiares
- A degradação dos recursos materiais
- Risco enfermeiro-doente
- Falta de valorização
- Falta de comunicação
- Excesso de responsabilidades, sem reconhecimento profissional
- Conflitos
- Condições estruturais
- Excesso de atividade assistencial
- Problemas informáticos
- Estabelecimento
- Espago reduzido

ESEL Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
Andréa E. F. Rocha

2 Comunicação e escuta ativa



ESEL Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
Andréa E. F. Rocha

2 Comunicação e escuta ativa

A comunicação é um processo inerente às interações humanas.

Escutar é o fator mais importante para uma comunicação efetiva.


"Escutar, é constatar e também deixar-se impregnar pelo conjunto das suas percepções, tanto exteriores como interiores." (Lazure, 1994)

Escutar ≠ ouvir.

IMPLICA

- Comprometimento com o outro
- Significado por detrás da mensagem

(Bouza, Pereira & Montfort, 2003)



ESEL Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
Andréa E. F. Rocha

2 Comunicação e escuta ativa

Estratégias para desenvolver a escuta ativa



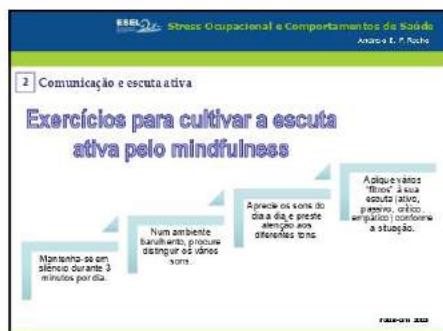
- Preste Atenção
- Mostre que está a ouvir
- Dê feedback
- Não julgue
- Responda adequadamente

Hubert-Dum 2000

ESEL Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
Andréa E. F. Rocha

Joshua Bell toca no metro de Washington DC.

https://www.youtube.com/watch?v=9gti4JFwP_o&list=RDLZeSZFYCNRw&index=2



RECURSOS UTILIZADOS:

- **Vídeo** “Joshua Bell plays in the Washington DC metro” por Palouse Mindfulness, disponível em

https://www.youtube.com/watch?v=9gti4JFwP_o&list=RDLZeSZFYCNRw&index=2

- **Dinâmica da folha em branco**

Objetivo: compreender que cada pessoa tem uma interpretação pessoal de uma situação.

Metodologia: pode ser realizado na sala de trabalho, em equipa, com duração de cerca de 2'; os elementos estão sentados, em silêncio e de olhos fechados.

Execução: é dada uma folha em branco a cada elemento e explica-se que vão-se dar umas instruções que devem seguir em silêncio.

Instruções: Dobre a folha ao meio. Dobre a folha ao meio novamente. Rasgue um pedaço do canto superior direito. Rasgue um pedaço do canto inferior esquerdo. Una o canto inferior direito ao canto superior esquerdo. Dobre ao meio.

Solicitar que todos abram os olhos e verifiquem como ficou a sua folha e a dos outros, primeiro fechada e depois aberta.

Refletir sobre a diferença de percepção de cada um, pois todos receberam uma folha e instruções iguais.

- **Conto “Pássaros no ar”**

Objetivo: desenvolver a escuta ativa, como instrumento importante de comunicação.

Metodologia: pode ser realizado na sala de trabalho, em equipa, com duração de cerca de 5'; os elementos estão sentados, em silêncio e de olhos fechados.

Execução: é explicado à equipa que se vai contar uma história e que a cada vez que se mencionar um pássaro, todos devem erguer para a frente um braço de cada vez. Se se mencionar um bando, ambos os braços. Se se mencionar um animal que não voe, deverão colocar as mãos sobre os joelhos e alongar as costas.

História:

“Esta manhã levantei-me cedo. O dia nascia magnífico. O sol da primavera animava toda a natureza e os pássaros (ambos os braços) cantavam sem cessar. Ao abrir a janela da sala, um pardal (braço direito), sem cerimónia, invadiu a casa, pondo o gato (mãos nos joelhos) em alvoroço.

O papagaio (braço esquerdo), que estava no jardim irritou-se com a correria do gato (mãos nos joelhos) e pôs-se a berrar, assustando os canários (ambos os braços), que tranquilamente cantavam nas suas gaiolas. O gato (mãos nos joelhos) corria em volta da sala atrás do pardal (braço direito). O único que não se incomodou com a confusão foi o cão (mãos nos joelhos), que dormitava no chão, sob um raio de sol que entrava pela janela. O pardal (braço esquerdo) acabou por sair pela janela por onde entrou, deixando o gato (mãos nos joelhos) desolado. Mais tranquilo, o gato (mãos nos joelhos) foi brincar com o cão (mãos nos joelhos), resignado com a perda do pardal (braço direito), que planeava comer. Sucessivamente acalmaram-se o papagaio (braço esquerdo) e os canários (ambos os braços) e o sossego regressou à sala. Continuando a contemplar a natureza, observei que um beija-flor (braço direito)

aproximou-se de um lindo vaso de flores da janela. Pensei para comigo, lá vem confusão outra vez! O gato (mãos nos joelhos) felizmente, manteve a brincadeira com o cão (mãos nos joelhos), e não percebeu a aproximação do beija-flor (braço esquerdo). O papagaio (braço direito) divertia-se com uma corrente pendurada na sua gaiola e os canários (ambas as mãos) cantarolavam mais tranquilamente, saudando o lindo dia de primavera que se iniciava.”

Conteúdos desenvolvidos pela mestranda, durante o curso de formação em mindfulness

ESEL
Escola Superior de
Educação em Saúde

Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde

Promoção do bem-estar através da regulação das emoções

Mestranda: Andreia E. F. Rocha, Enf.
Orientadora Clínica: Regina Rocha, EEECSR, SSO
Professora Orientadora: Fátima Rodrigues, PhD, ESEL

Outubro | 2019

Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde

Andreia E. F. Rocha

ESEL
Escola Superior de
Educação em Saúde

Sumário

- 1 Gestão do Stress Ocupacional
- 2 Regulação das emoções
- 3 Prática de uma estratégia individual

ESEL Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
Andreia E. F. Rocha

1 Gestão do Stress Ocupacional

```

graph LR
    A[Icon of a building] --- B(Estratégias Organizacionais)
    C[Icon of a person] --- D(Estratégias Individuais)
    B -- "+" --> E(=)
    D -- "+" --> E
    E --> F(Redução do Stress Ocupacional)
  
```

ESEL Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
Andreia E. F. Rocha

1 Gestão do Stress Ocupacional

Central puzzle piece: Stress Management

Surrounding techniques:

- Gestão do Tempo
- Terapia
- Exercício Físico
- Hobbies
- Meditação
- Contacto com a natureza
- Música
- Leitura
- Yoga
- Massagens

ESEL Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
Andreia E. F. Rocha

1 Gestão do Stress Ocupacional

Meditação

ESEL Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
Andreia E. F. Rocha

1 Gestão do Stress Ocupacional

Mindfulness

Atenção plena *No aqui e agora*

Programa de redução do stress baseado em mindfulness de Kabat-Zinn

| Efeitos na Saúde Física | Efeitos na Saúde Mental | Efeitos Cognitivos e afetivos |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| | | |

Mecanismos Psicológicos
Mecanismos Neurobiológicos

Outubro | 2019

ESEL Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
Andréa E. F. Rocha

1 Gestão do Stress Ocupacional

Mindfulness



- Não julgamento
- Paciência
- Mente de principiante
- Confiança
- Sem esforço
- Aceitação
- Desapego

Wahne-Lewis (2003)

ESEL Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
Andréa E. F. Rocha

2 Regulação das emoções

Emoção

energia que impulsiona, organiza, amplia e atenua a atividade cognitiva, que prepara o organismo para a ação em resposta a um determinado estímulo interno ou desafio ambiental.

(Kring & Bacharowski, 1999)

Primárias/Básicas:
medo, raiva, surpresa, tristeza, felicidade e repugnância.

Secundárias/Complexas:
simpatia, embaraço, vergonha, culpa, orgulho, inveja, gratidão, admiração e desprezo.

(Demasio, 2003)



© Pixar, 2016

ESEL Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
Andréa E. F. Rocha

2 Regulação das emoções

Regulação Emocional

Estratégias usadas para lidar e melhor se adaptar às situações.

São responsáveis pela forma como o indivíduo enfrenta as situações.

Ativam as respostas comportamentais, experienciais e fisiológicas.

Emoções

Demasio (2003)

ESEL Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
Andréa E. F. Rocha

2 Regulação das emoções

Regulação Emocional

Não ficar sobrecarregado pelo estímulo ou pela desorganização das emoções.

Modelar as expressões emocionais.

Organizar comportamentos complexos envolvidos nas interações emocionais.

(Gross & Thompson, 2007)

ESEL Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
Andréa E. F. Rocha

2 Regulação das emoções

Mindfulness



Estímulo → **Pausa** → **Resposta**

Reação

Wahne-Lewis (2003)

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO URBEM NOROESTE (TH) **ESEL** Stress Ocupacional e Comportamentos de Saúde
Andréa E. F. Rocha

2 Regulação das emoções



STOP

S Pare e Sinta
T Tire 1 minuto para respirar
P Prossiga
O Observe

Esta técnica permite-lhe sair do piloto automático e focar-se no momento presente.

Lembre-se da palavra STOP.

palousemindfulness.com

Apêndice M – Avaliação do Nível Global de Stress Ocupacional

Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS)

Na escala que se segue, assinale com um círculo o número que melhor indicar o nível de “stress” que sente geralmente no exercício da sua atividade profissional.

Em termos gerais, a minha atividade profissional provoca-me

| Nenhum stress | Pouco stress | Moderado stress | Bastante stress | Elevado stress |
|------------------|-----------------|--------------------|--------------------|-------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Apêndice N – Avaliação da satisfação com a sessão

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Coloque uma cruz na opção que corresponde à sua opinião:

O tema abordado na sessão é pertinente para a promoção da sua saúde no local de trabalho?

Sim ☐ Não ☐

Os conteúdos da sessão foram expostos de forma clara?

Sim ☐ Não ☐

Considera o tempo de duração da sessão adequado?

Sim ☐ Não ☐

A sessão contribuiu para minimizar os efeitos do stress que sentia no início?

Sim ☐ Não ☐

Comentários:

OBRIGADA PELA ATENÇÃO!

Apêndice O – Avaliação do bem-estar através do “Índice de bem-estar da OMS”

Índice de bem-estar OMS (WHO-5)

Indique com uma cruz (x), para cada uma das cinco afirmações, a que se aproxima mais do modo como se tem sentido nas últimas **duas semanas**.

| 13. Durante as últimas duas semanas: | Todo o tempo | A maior parte do tempo | Mais de metade do tempo | Menos de metade do tempo | Algumas vezes | Nunca |
|---|--------------|------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------|-------|
| 6) Senti-me alegre e bem disposto/a. | | | | | | |
| 7) Senti-me calmo/a e tranquilo/a. | | | | | | |
| 8) Senti-me activo/a e enérgico/a. | | | | | | |
| 9) Acordei a sentir-me fresco/a e repousado/a. | | | | | | |
| 10) O meu dia-a-dia tem sido preenchido com coisas que me interessam. | | | | | | |

Apêndice P – Avaliação do Nível de Stress relacionado com lidar com clientes

| Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS) | | | | | |
|---|---------------|--------------|-----------------|-----------------|----------------|
| Para cada uma das situações apresentadas a seguir, indique, por favor, o nível de stress que sente. | Nenhum stress | Pouco stress | Moderado stress | Bastante Stress | Elevado stress |
| Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os meus clientes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que os clientes esperam de mim. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Gerir problemas graves dos meus clientes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos meus clientes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

APÊNDICE XIII - Avaliação das intervenções

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR
AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Objetivo operacional: Identificar a percepção sobre os stressores que ameaçam o equilíbrio do sistema e sua prevenção, de pelo menos 30% do sistema cliente.

Avaliação Quantitativa:

▪ **Indicador de atividade**

| | | |
|---|--------------------|------|
| $\frac{1 \text{ sessão de divulgação realizada}}{1 \text{ sessão de divulgação prevista}} \times 100$ | (repetida 4 vezes) | 100% |
|---|--------------------|------|

▪ **Indicador de adesão**

| | |
|--|-------|
| $\frac{47 \text{ PS presentes na sessão de divulgação}}{128 \text{ PS que constituem o sistema}} \times 100$ | 36,7% |
|--|-------|

▪ **Indicador de resultado**

| | |
|--|-------|
| $\frac{47 \text{ PS respondentes às perguntas abertas}}{128 \text{ PS que constituem o sistema}} \times 100$ | 36,7% |
|--|-------|

Avaliação Qualitativa:

| Quadro 1 - Principais stressores identificados pelos 47 PS respondentes | Unidades de Registo |
|--|----------------------------|
| Ambiente e equipamentos | 25 |
| Relações interpessoais no trabalho | 19 |
| Carga e ritmo de trabalho | 15 |

| Quadro 2 - Principais estratégias sugeridas pelos 47 PS respondentes | Unidades de Registo |
|---|----------------------------|
| Ergonomia e condições físicas | 20 |
| Treino em gestão de stress | 18 |
| Desenvolvimento da gestão | 16 |

PS – Profissionais de Saúde

Com estes resultados, é possível afirmar que se identificou a percepção sobre os stressores que ameaçam o equilíbrio do sistema e a sua prevenção, ultrapassando a meta estabelecida de 30% de respondentes, tendo-se atingido o objetivo definido.

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

Objetivo operacional: Fortalecer as linhas de defesa do sistema através de sessões de educação para a saúde sobre estratégias de gestão de stress ocupacional com a participação de pelo menos 30% do sistema cliente.

Avaliação Quantitativa:

▪ **Indicador de atividade**

| | | |
|---|----------------------|------|
| $\frac{3 \text{ sessões de EpS realizadas}}{3 \text{ sessões de EpS previstas}} \times 100$ | (repetida 11 vezes*) | 100% |
|---|----------------------|------|

*Estava previsto repetir 12 vezes, no entanto, uma das repetições teve que ser cancelada devido ao número reduzido de PS presentes ao serviço, que era o mínimo de segurança para a prestação de cuidados. Esta situação fez baixar a taxa de adesão da sessão de EpS 3.

▪ **Indicadores de adesão**

Adesão global

| | |
|---|-------|
| $\frac{59 \text{ PS participantes nas sessões de EpS}^{**}}{85 \text{ PS disponíveis para participar na intervenção}^{***}} \times 100$ | 69,4% |
|---|-------|

Sessão de EpS 1

| | |
|--|-------|
| $\frac{45 \text{ PS presentes na sessão de EpS 1}}{85 \text{ PS disponíveis para participar na intervenção}^{***}} \times 100$ | 52,9% |
|--|-------|

Sessão de EpS 2

| | |
|--|-------|
| $\frac{38 \text{ PS presentes na sessão de EpS 2}}{85 \text{ PS disponíveis para participar na intervenção}^{***}} \times 100$ | 44,7% |
|--|-------|

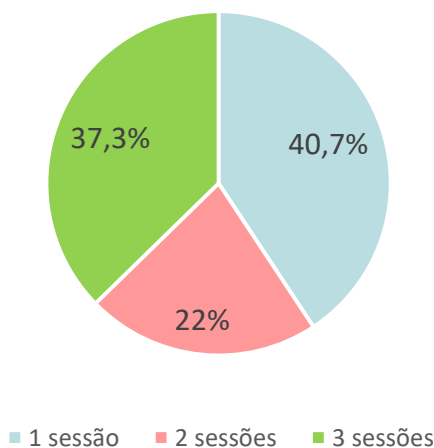
Sessão de EpS 3

| | |
|--|-------|
| $\frac{33 \text{ PS presentes na sessão de EpS 3}}{85 \text{ PS disponíveis para participar na intervenção}^{***}} \times 100$ | 38,8% |
|--|-------|

**Os “PS participantes nas sessões de EpS” foram considerados não repetentes nas sessões. No gráfico 1 apresenta-se a % de PS participantes em 1, 2 ou 3 sessões.

***Para o cálculo de “PS disponíveis para participar na intervenção” excluíram-se os que estivessem de baixa prolongada, licença de gravidez/parentalidade e a categoria profissional dos médicos, por nunca se terem mostrado disponíveis para participar.

Gráfico 1 – Percentagem de PS que participaram em uma, em duas ou nas três sessões (n=59)

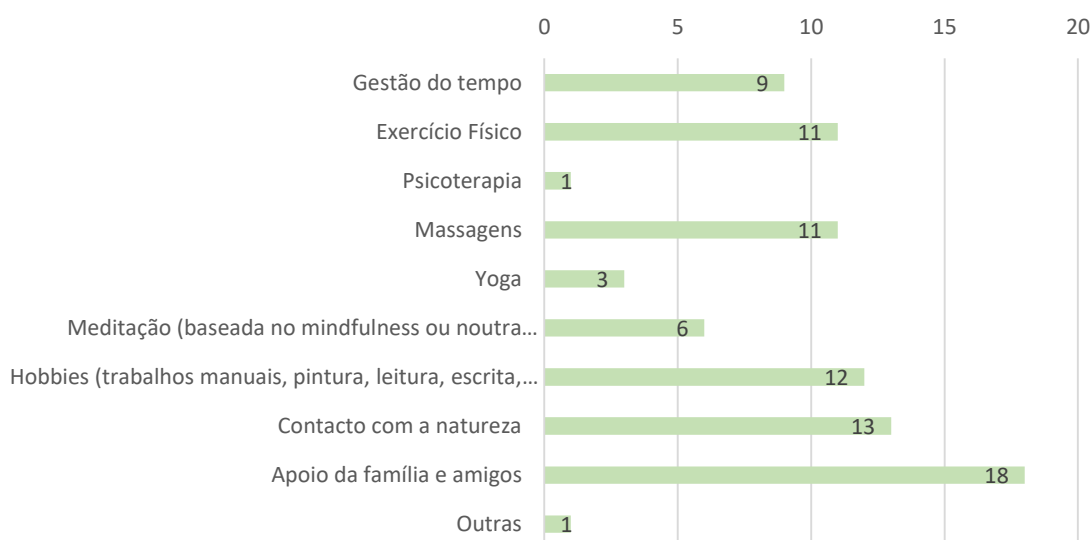


▪ **Indicador de resultado**

No final da intervenção, questionou-se se os PS tinham recorrido a alguma estratégia para a gestão de stress abordada. No gráfico 2 apresentam-se os resultados obtidos. É possível verificar que, de 33 respondentes, 18 referiram ter recorrido ao suporte social (53%), o que confirma uma força do sistema encontrada no DSS, quando um dos mecanismos de coping mais utilizado foi o “Suporte emocional”.

Também é importante realçar, que 11 PS (32,4%) referiram ter praticado exercício físico para gerir o stress, o que indica um valor superior ao do DSS, apontando para a promoção de comportamentos saudáveis.

Gráfico 2 – Estratégias para a gestão de stress utilizadas pelos PS ao fim da intervenção



Com estes resultados, é possível afirmar que se fortaleceram as linhas de defesa do sistema, através de sessões de educação para a saúde sobre estratégias de gestão de stress ocupacional, ultrapassando a meta estabelecida de 30% de participantes e atingido o objetivo definido.

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

Objetivo operacional: Obter avaliação positiva na satisfação relacionada com as atividades, em pelo menos 80% do subsistema cliente participante nas sessões.

Avaliação Quantitativa:

▪ **Indicadores de satisfação**

Satisfação com a sessão de EpS 1

| | | |
|---|-------|-------|
| 42 PS presentes na sessão consideraram o tema pertinente | X 100 | 93,3% |
| 45 PS presentes na sessão | | |
| 44 PS presentes na sessão consideraram a exposição clara | X 100 | 97,8% |
| 45 PS presentes na sessão | | |
| 39 PS presentes consideraram a duração da sessão adequada | X 100 | 86,7% |
| 45 PS presentes na sessão | | |
| 41 PS presentes consideraram que a sessão contribuiu para minimizar o stress percecionado | X 100 | 91,1% |
| 45 PS presentes na sessão | | |

Satisfação com a sessão de EpS 2

| | | |
|---|-------|--------|
| 38 PS presentes na sessão consideraram o tema pertinente | X 100 | 100,0% |
| 38 PS presentes na sessão | | |
| 38 PS presentes na sessão consideraram a exposição clara | X 100 | 100,0% |
| 38 PS presentes na sessão | | |
| 31 PS presentes consideraram a duração da sessão adequada | X 100 | 86,7% |
| 38 PS presentes na sessão | | |
| 35 PS presentes consideraram que a sessão contribuiu para minimizar o stress percecionado | X 100 | 92,1% |
| 38 PS presentes na sessão | | |

Satisfação com a sessão de EpS 3

| | | |
|---|-------|--------|
| 33 PS presentes na sessão consideraram o tema pertinente | X 100 | 100,0% |
| 33 PS presentes na sessão | | |
| 33 PS presentes na sessão consideraram a exposição clara | X 100 | 100,0% |
| 33 PS presentes na sessão | | |
| 27 PS presentes consideraram a duração da sessão adequada | X 100 | 81,8% |
| 33 PS presentes na sessão | | |
| 31 PS presentes consideraram que a sessão contribuiu para minimizar o stress percecionado | X 100 | 93,9% |
| 33 PS presentes na sessão | | |

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

Avaliação Qualitativa:

De modo a aprofundar a avaliação sobre a satisfação com as sessões dos PS, no respetivo questionário foi colocado um espaço para comentários. As informações recolhidas foram organizadas em 5 categorias: Satisfação, duração, continuidade, adesão e outras; que se apresenta no quadro 1.

Quadro 3 - Unidades de registo das categorias de avaliação dos participantes

| Satisfação (17) |
|--|
| <i>Parabéns! - Gostei muito. - Gostei imenso. - Gostei muito da formação. Parabéns! - Obrigada pela apresentação. - Parabéns! - Obrigada. Foi muito útil. - Adorei! - Muito importantes estas sessões. Obrigada. - Gostei imenso da sessão - Obrigada pelo contributo para reduzir o stress no trabalho. - Obrigada. - Adorei o filme e achei maravilhoso! - Adorei. - Sessão muito esclarecedora e pertinente.</i> |
| Tempo de duração da sessão (4) |
| <i>Devia ter mais tempo. - O tempo de sessão deveria ser superior. - Deveria ter mais tempo de formação. - As sessões deveriam ter mais tempo.</i> |
| Continuidade (8) |
| <i>Vamos repetir mais vezes, 5 minutos no início do turno. - Terei pena se não tiver mais. - Só tenho pena que não seja feita com mais frequência. - Vamos continuar! - Deveria ser disponibilizado mais tempo para exercícios de relaxamento. – (...) embora não haja muito tempo para mais. É um método bastante interessante. Esperarei pela 3ª sessão. - Mais e mais e muito mais. - Estratégias importantes a adaptar!!</i> |
| Adesão à estratégia (4) |
| <i>Senti-me incentivada para começar a praticar meditação. - "leve" para casa o mindfulness, para os filhos ficarem sensibilizados e podermos fazer. - Utilizei com muita frequência a respiração. - Em casa consegui fazer os exercícios de respiração e foram bastante positivos, principalmente porque tive uma semana muito má.</i> |
| Outras sugestões (1) |
| <i>Era interessante haver yoga no hospital.</i> |

Com estes resultados, é possível afirmar que se obteve avaliação positiva na satisfação relacionada com as sessões, ultrapassando a meta estabelecida de 80% de participantes satisfeitos. Verificou-se que os menores valores de satisfação relacionaram-se com a duração das sessões e ficou expresso nos comentários que deveriam ser mais longas. Para além disso, da avaliação qualitativa ficou a vontade de se continuar com a estratégia no local de trabalho e a sua prática individual. Considera-se o objetivo atingido.

Objetivo operacional: Reduzir a tensão que ameaça o equilíbrio do sistema através do aumento da percepção do nível de bem-estar no Índice de Bem-estar da OMS em pelo menos 20% do subsistema cliente participante nas sessões.

Avaliação Quantitativa:

▪ Indicador de adesão

| | | |
|---|-------|-------|
| 33 PS participantes nas sessões de EpS respondentes ao Índice de bem-estar da OMS | X 100 | 55,9% |
| 59 PS participantes nas sessões de EpS* | | |

*Os "PS participantes nas sessões de EpS" foram considerados não repetentes nas sessões.

▪ Indicadores de resultado

| | | |
|---|-------|-------|
| 26 PS participantes nas sessões de EpS com valor > 13 no Índice de bem-estar da OMS | X 100 | 78,8% |
| 33 PS participantes nas sessões de EpS respondentes ao Índice de bem-estar da OMS | | |
| Diferença em relação ao DSS | ↑ | 31,7% |

Tabela 1 - Índice de bem-estar da OMS no DSS

| N | Válido | |
|-------------|--------|---------|
| | | 87 |
| Média | | 12,3678 |
| Mediana | | 13,0000 |
| Modo | | 14,00 |
| Erro Desvio | | 5,35076 |
| Mínimo | | 1,00 |
| Máximo | | 25,00 |
| % PS < 13 | | 52,9 |
| % PS > 13 | | 47,1 |

Tabela 2 - Índice de bem-estar da OMS no final da intervenção

| N | Válido | |
|-------------|--------|---------|
| | | 33 |
| Média | | 16,6364 |
| Mediana | | 17,0000 |
| Modo | | 18,00 |
| Erro Desvio | | 4,44985 |
| Mínimo | | 5,00 |
| Máximo | | 25,00 |
| % PS < 13 | | 21,2 |
| % PS > 13 | | 78,8 |

Com estes resultados, é possível afirmar que se reduziu a tensão que ameaça o equilíbrio do sistema, ultrapassando a meta estabelecida de 20% de participantes nas sessões com aumento da percepção do nível de bem-estar no Índice de Bem-estar da OMS, em relação ao DSS. Para além disso, a média do valor do Índice de Bem-estar da OMS ficou acima do valor 13, mínimo estabelecido pelos autores da escala. Considera-se o objetivo atingido.

Objetivo operacional: Reduzir a tensão que ameaça o equilíbrio do sistema através da diminuição da percepção do nível global de stress ocupacional em pelo menos 20% do subsistema cliente participante nas sessões.

Avaliação Quantitativa:

Como opção metodológica, avaliou-se o nível global de stress ocupacional imediatamente antes e depois de cada sessão de EpS, de forma a obter amostras emparelhadas. Assim tentou-se controlar fontes de variabilidade externa que pudessem interferir com a avaliação do efeito das sessões no nível de stress.

Para a análise descritiva, consideraram-se as taxas de PS com percepção moderada a elevada no início e no final de cada sessão de EpS, esperando-se uma redução, estabelecida para 20% dos PS participantes com esta percepção.

Para a análise inferencial, considerou-se a hipótese de que as sessões de EpS reduziram o nível global de stress ocupacional percebido.

Dado as amostras em cada uma das sessões de EpS serem pequenas e a distribuição dos valores não ser normal, de acordo com o teste Kolmogorov-Smirnov (para um valor de significância $p < 0,05$, mostrou que os pressupostos de normalidade não eram validados), optou-se pela aplicação de um teste não paramétrico para verificar se houve diferenças significativas entre os níveis globais de stress ocupacional antes e após as sessões, nomeadamente, o teste dos sinais. A escolha recaiu sobre este teste por a distribuição das diferenças emparelhadas não ser simétrica. Para a análise estatística considerou-se o valor de $p < 0,05$ para o nível de significância.

▪ **Indicadores de resultado**

Percepção do nível global de stress ocupacional na sessão de EpS 1

| | | |
|---|-------|-------|
| 26 PS presentes na sessão com percepção moderada a elevada do nível global de stress no início da sessão | X 100 | 57,8% |
| 45 PS presentes na sessão | | |
| 7 PS presentes na sessão com percepção moderada a elevada do nível global de stress no final da sessão | X 100 | 15,6% |
| 45 PS presentes na sessão | | |

Diferença ↓ **42,2%**
Diferença em relação ao DSS ↓ **79,8%**

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

Perceção do nível global de stress ocupacional na sessão de EpS 2

| | | |
|---|-------|--------------|
| 20 PS presentes na sessão com perceção moderada a elevada do nível global de stress no início da sessão | X 100 | 52,6% |
| 38 PS presentes na sessão | | |
| 8 PS presentes na sessão com perceção moderada a elevada do nível global de stress no final da sessão | X 100 | 21,1% |
| 38 PS presentes na sessão | | |
| Diferença | ↓ | 31,5% |
| Diferença em relação ao DSS | ↓ | 74,3% |

Perceção do nível global de stress ocupacional na sessão de EpS 3

| | | |
|---|-------|--------------|
| 19 PS presentes na sessão com perceção moderada a elevada do nível global de stress no início da sessão | X 100 | 57,6% |
| 33 PS presentes na sessão | | |
| 3 PS presentes na sessão com perceção moderada a elevada do nível global de stress no final da sessão | X 100 | 9,1% |
| 33 PS presentes na sessão | | |
| Diferença | ↓ | 48,4% |
| Diferença em relação ao DSS | ↓ | 86,3% |

Através da tabela seguinte, onde se apresenta o resultado do teste de sinais, é possível verificar que o número de casos em que o nível global de stress ocupacional é inferior no final das sessões excede a situação inversa, com grande diferença e que apenas foi superior no final das sessões 1 e 2 para um dos casos.

Tabela 3 - Resultado do teste dos sinais

| | | N |
|---|-----------------------------------|----|
| Nível global de stress depois da sessão 1 - | Diferenças Negativas ^a | 33 |
| Nível global de stress antes da sessão 1 | Diferenças Positivas ^b | 1 |
| | Empates ^c | 11 |
| | Total | 45 |
| a. Nível global de stress depois da sessão 1 < Nível global de stress antes da sessão 1 | | |
| b. Nível global de stress depois da sessão 1 > Nível global de stress antes da sessão 1 | | |
| c. Nível global de stress depois da sessão 1 = Nível global de stress antes da sessão 1 | | |
| | | N |
| Nível global de stress depois da sessão 2 - | Diferenças Negativas ^a | 23 |
| Nível global de stress antes da sessão 2 | Diferenças Positivas ^b | 1 |
| | Empates ^c | 14 |
| | Total | 38 |
| a. Nível global de stress depois da sessão 2 < Nível global de stress antes da sessão 2 | | |
| b. Nível global de stress depois da sessão 2 > Nível global de stress antes da sessão 2 | | |
| c. Nível global de stress depois da sessão 2 = Nível global de stress antes da sessão 2 | | |
| | | N |
| Nível global de stress depois da sessão 3 - | Diferenças Negativas ^a | 26 |
| Nível global de stress antes da sessão 3 | Diferenças Positivas ^b | 0 |
| | Empates ^c | 7 |
| | Total | 33 |
| a. Nível global de stress depois da sessão 3 < Nível global de stress antes da sessão 3 | | |
| b. Nível global de stress depois da sessão 3 > Nível global de stress antes da sessão 3 | | |
| c. Nível global de stress depois da sessão 3 = Nível global de stress antes da sessão 3 | | |

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

Observou-se uma redução estatisticamente significativa do nível de stress ocupacional (medido numa escala de 0 – Nenhum stress a 5 – Elevado stress) após cada uma das sessões de EpS, com um valor de p baixo ($\alpha=0,1\%$). Os resultados das medianas e dos mínimos e máximos também apontam para o efeito das sessões na redução dos níveis de stress ocupacional.

Tabela 4 - Comparação do nível global de stress ocupacional antes e depois das sessões de EpS

| | N | Média | Mediana | Desvio Padrão | Mínimo | Máximo | Z | Valor p |
|---|----|-------|---------|---------------|--------|--------|-------|-----------|
| Nível global de stress antes da sessão 1 | 45 | 1,69 | 2,00 | ,84805 | ,00 | 3,00 | -5,32 | < 0,001 |
| Nível global de stress depois da sessão 1 | 45 | ,73 | 1,00 | ,78044 | ,00 | 3,00 | | |
| Nível global de stress antes da sessão 2 | 38 | 1,58 | 2,00 | 1,10604 | ,00 | 4,00 | -4,29 | < 0,001 |
| Nível global de stress depois da sessão 2 | 38 | 0,84 | 1,00 | ,88612 | ,00 | 3,00 | | |
| Nível global de stress antes da sessão 3 | 33 | 1,78 | 2,00 | ,85723 | ,00 | 3,00 | -4,90 | < 0,001 |
| Nível global de stress depois da sessão 3 | 33 | ,69 | 1,00 | ,63663 | ,00 | 2,00 | | |

Com estes resultados, é possível afirmar que se reduziu a tensão que ameaça o equilíbrio do sistema, ultrapassando a meta estabelecida de 20% de participantes nas sessões com perceção do nível global de stress ocupacional diminuída, comparando os valores iniciais com os finais em cada sessão, assim como em relação ao DSS. Para além disso, é possível verificar que existiram diferenças estatisticamente significativas entre o nível global de stress percecionado no início e no fim das sessões de EpS, podendo afirmar-se que as sessões de EpS foram responsáveis pela diminuição dessa perceção.

Considera-se o objetivo atingido.

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

Objetivo operacional: Reduzir a tensão que ameaça o equilíbrio do sistema através da diminuição da perceção do nível de stress relacionado com o lidar com os clientes em pelo menos 20% do subsistema cliente participante nas sessões.

Avaliação Quantitativa:

▪ **Indicadores de resultado**

Perceção do nível de stress relacionado com lidar com clientes

| | | |
|---|-------|------------|
| 6 PS com perceção moderada a elevada do nível de stress relacionado com lidar com clientes após a formação “Lidar com as emoções” | X 100 | 54,5% |
| 11 PS presentes na formação “Lidar com as emoções” | | |
| Diferença em relação ao DSS | ↓ | 42% |

| | | |
|--|-------|--------------|
| 1 PS com perceção moderada a elevada do nível de stress relacionado com lidar com clientes após a formação “Lidar com a morte” | X 100 | 25% |
| 4 PS presentes na formação “Lidar com a morte” | | |
| Diferença em relação ao DSS | ↓ | 71,5% |

Avaliação Qualitativa:

De modo a aprofundar a avaliação das sessões de formação, no respetivo questionário foi colocada uma questão sobre os mecanismos de coping abordados nos casos analisados, considerados importantes para a prática clínica. As informações recolhidas foram organizadas pelas dimensões presentes no questionário “Brief COPE” utilizado para o DSS.

Quadro 4 - Mecanismos de coping expressos nas situações de formação em análise

| | |
|---|---|
| Stressor: agressividade para com os PS por parte de uma familiar de um doente internado com doença oncológica grave. | |
| Coping ativo | “fazer ver à familiar, no momento da interação, que há mais doentes presentes”; “explicar à familiar que pode reclamar”; “empatia”; “escuta ativa” |
| Planeamento | “para se ouvir a familiar sem se passar e não responder também com agressividade temos que baixar o tom de voz, não ir atrás da sua agressividade”; “Escutar, Refletir, Calma, Serenidade. Embora possa não haver solução, pode sempre fazer-se qualquer coisa” |
| Suporte instrumental | “deve-se partilhar estas situações com a equipa multidisciplinar”; “partilha de experiências” |
| Suporte emocional | “devemos conversar com os colegas”; “partilha com os colegas”; “conversa com colegas de trabalho” |
| Reinterpretação positiva | “deve-se compreender que a familiar pode estar com medo e está a ir pelo lado da ameaça, pelo ataque”; “percebe-se que é mais fácil arranjar um culpado do sofrimento do marido”; “deve-se pensar que aquela pessoa está com medo que o marido morra”; “devemos dormir sobre o assunto, no outro dia a coisa parece diferente”; “perceber e |

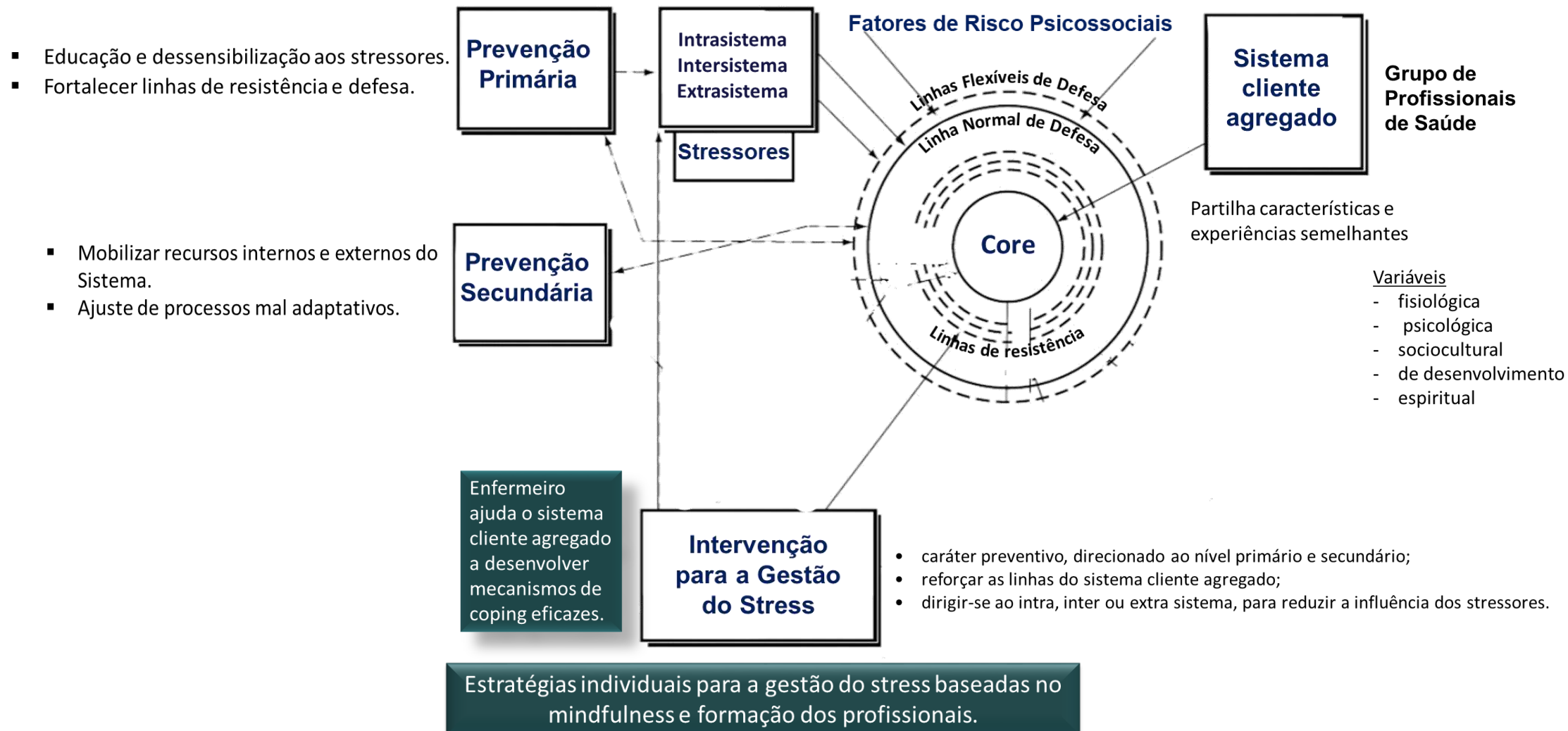
STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

| | |
|---|---|
| | <i>respeitar o sofrimento do outro, mesmo se for agressivo e não responder de igual forma</i> |
| Expressão de sentimentos | <i>“nestas situações de sermos alvo de agressividade por parte de outra pessoa é impossível perder o controlo das emoções”; “às vezes é bom chorar”</i> |
| Auto distração | <i>“a abstração também faz falta”; “passear”; “ir ao cinema”; “fazer desporto”; “mudar o chip”</i> |
| Stressor: um doente a chorar porque acabaram de lhe dizer que não há mais nada a fazer para o ajudar. | |
| Coping ativo | <i>“devemos ouvir, estar presentes”; “procurar na família quem possa ajudar”; “o melhor é ficarmos também em silêncio”; “o que as pessoas precisam é ter alguém ali com eles”</i> |
| Suporte instrumental | <i>“a partilha é o melhor. Em momentos de tensão a equipa é importante”</i> |
| Expressão de sentimentos | <i>“o doente tem medo e nós também ficamos com medo”</i> |
| Outros comentários: <i>“Toda a informação é importante e em qualquer altura será importante para lidar com as emoções e contribuir para a redução do stress.”; “Deveria ser um pouco mais prolongado.”; “Foi curto.”; “Era interessante se fosse mais tempo.”; “Deveria ter um período mais longo.”; “Curto.”; “Precisamos mais tempo.”; “Pouco tempo.”</i> | |

Com estes resultados, é possível concluir que se reduziu a tensão que ameaça o equilíbrio do sistema, ultrapassando a meta estabelecida de 20% de participantes nas formações com perceção do nível de stress relacionado com lidar com os clientes diminuída, em relação ao DSS. Para além disso, da avaliação qualitativa, foi possível verificar o contributo das formações para a identificação e mobilização para a prática de mecanismos de coping eficazes, para lidar com as emoções e a morte dos doentes. Ficou expresso nos comentários a opinião de que as formações deveriam continuar e ser mais longas. Considera-se o objetivo atingido.

APÊNDICE XIV - Adaptação do Modelo de Sistemas de Neuman

MODELO DE SISTEMAS DE NEUMAN



APÊNDICE XV - Cronograma do estágio

STRESS OCUPACIONAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE: INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE UM CENTRO HOSPITALAR

CRONOGRAMA

2019 / 2020

| ATIVIDADES | MARÇO | ABRIL | MAIO | JUNHO | JULHO | SETEMBRO | OUTUBRO | NOVEMBRO | DEZEMBRO | JANEIRO | FEVEREIRO |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|----------|---------|----------|----------|---------|-----------|
| | Semana | Semana | Semana | Semana | Semana | Semana | Semana | Semana | Semana | Semana | Semana |
| Pesquisa bibliográfica | | | | | | | | | | | |
| Apresentação no SSO e à equipa multidisciplinar | | | | | | | | | | | |
| Estágio no SSO | | | | | | | | | | | |
| Conhecer plano de atividades SSO, indicadores de saúde e principais problemas identificados | | | | | | | | | | | |
| Definir população alvo e amostra | | | | | | | | | | | |
| Elaborar instrumento de colheita de dados para DSS e consentimento informado | | | | | | | | | | | |
| Pedido para a comissão de ética do CH | | | | | | | | | | | |
| Revisão Scoping | | | | | | | | | | | |
| Recolha de informações | | | | | | | | | | | |
| Diagnóstico de situação da situação | | | | | | | | | | | |
| Estágio de observação numa USF | | | | | | | | | | | |
| Formular os Diagnósticos de Enfermagem a partir do DSS | | | | | | | | | | | |
| Priorizar os Diagnósticos de Enfermagem formulados | | | | | | | | | | | |
| Definir os Objetivos para a intervenção comunitária | | | | | | | | | | | |
| Selecionar as Estratégias para atingir os objetivos propostos | | | | | | | | | | | |
| Preparar o Plano de intervenção comunitária | | | | | | | | | | | |
| Executar o Plano de intervenção comunitária | | | | | | | | | | | |
| Avaliar a intervenção realizada com o sistema | | | | | | | | | | | |
| Elaborar relatório de estágio | | | | | | | | | | | |

APÊNDICE XVI - Projeto de estágio de observação numa USF da
periferia de Lisboa



ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE LISBOA

10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

OPÇÃO II / ESTÁGIO

PROJETO DE ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO

UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR DA PERIFERIA DE LISBOA

Andreia Eliana Farroba Rocha, Aluna n.º 8384

LISBOA

ABRIL DE 2019

**10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

OPÇÃO II / ESTÁGIO

PROJETO DE ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO

UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR DA PERIFERIA DE LISBOA

Andreia Elíana Farroba Rocha, Aluna n.º 8384

Orientação: Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Moreira Rodrigues

LISBOA

ABRIL DE 2019

LISTA DE ABREVIATURAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

DGS - Direção-geral de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

| | |
|---|--------------|
| INTRODUÇÃO | - 4 - |
| 1 –CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA | - 5 - |
| 2 – OBJETIVOS PARA O ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO..... | - 6 - |
| 2.1 – Cronograma de atividades | - 8 - |
| REFERÊNCIAS..... | - 9 - |

INTRODUÇÃO

A prestação de cuidados a nível dos Cuidados de Saúde Primários deve estar adaptada às verdadeiras necessidades de saúde da comunidade que serve. Apenas desta maneira consegue-se controlar ou melhorar a saúde das populações, com o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças eficazes. A reforma dos Cuidados de Saúde Primários foi considerada essencial para a modernização e sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde. Dentro desta reforma estabeleceram-se as Unidades de Saúde Familiares, que se caracterizam por pequenas equipas multidisciplinares, organizadas de forma autónoma, cujo objetivo é a melhor prestação de cuidados aos cidadãos, aumentando a acessibilidade, a proximidade e a qualidade. O que tem distinguido esta reorganização é a voluntariedade das equipas que se formam para os projetos e a mesma ser realizada da base para o topo, o que desde logo realça o envolvimento e o empenhamento de todos os profissionais, fórmula para o sucesso de um projeto. (Pisco, 2007)

Enquadrado na Unidade Curricular Opção II, do curso de Mestrado em Enfermagem: área de especialização em Enfermagem Comunitária, o presente projeto de estágio de observação tem como objetivo geral planejar o estágio de observação numa Unidade de Saúde Familiar (USF), que se realizará entre os dias 8 e 12 de abril de 2019 e que contribuirá para o desenvolvimento de competências na área de especialização da Enfermagem Comunitária.

Para isso, pretende-se:

- Descrever os objetivos estabelecidos para o estágio;
- Produzir um instrumento individual de avaliação da aquisição de competências.

Para o desenvolvimento do projeto utilizaram-se como metodologias a pesquisa bibliográfica e a articulação entre os fundamentos presentes nas competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e as pretensões para o estágio.

O projeto de estágio de observação apresenta dois capítulos, em que no primeiro caracteriza-se o contexto da prática clínica e no segundo apresentam-se os objetivos estabelecidos.

1 –CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA

O contexto da prática clínica escolhido para a realização do estágio de observação integrado na Unidade Curricular Opção II do curso de Mestrado em Enfermagem: área de especialização em Enfermagem Comunitária, é uma das Unidades Funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Loures / Odivelas, mais especificamente a USF Colina de Odivelas. Este ACeS engloba os concelhos de Loures e Odivelas e é constituído por quatro centros de saúde (Loures, Sacavém, Odivelas e Pontinha). O total da população inscrita nos centros de saúde referidos em 2015 era de 355.842. O hospital de referência é o Hospital Beatriz Ângelo. (Plano local de saúde Loures/Odivelas 2013-2016: extensão a 2020, 2017)

A USF Colina de Odivelas está integrada na Unidade Funcional do Centro de Saúde de Odivelas e tem como área geográfica de influência a freguesia da Ramada. A sua missão é garantir a prestação de cuidados de saúde a esta população, com compromisso de melhorar a acessibilidade, a globalidade, a continuidade e consequentemente, a qualidade dos mesmos. Está organizada em equipas multidisciplinares de família, constituídas por assistente técnica, enfermeiro e médico de família. Os principais processos chave na área da prestação de cuidados são as consultas programadas, não programadas e as domiciliárias. Os Programas de Saúde desenvolvidos são a Saúde Materna, a Saúde infantil e juvenil, a Vacinação, a Saúde da mulher e planeamento familiar, os Cuidados no idoso, a Diabetes, a Hipertensão e doença cardiovascular, a Doença oncológica, as Doenças respiratórias e tabagismo, a Atividade física e alimentação saudável, a Enfermagem curativa, os Cuidados domiciliários e o Controlo de infeção. (Conselho Geral da USF Colina de Odivelas, 2018)

2 – OBJETIVOS PARA O ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO

Com vista a contribuir para o desenvolvimento de competências específicas em Enfermagem Comunitária, o estágio a realizar na USF Colina de Odivelas entre os dias 8 e 12 de abril de 2019 terá como metodologias a observação e a reflexão crítica das respetivas atividades e práticas de cuidados de enfermagem aos indivíduos, famílias e comunidade.

Tendo em conta o perfil de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento n.º 428/2018, 2018) que determina que o mesmo:

- Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

E dado que o estágio tem a duração de apenas uma semana, pretende-se acompanhar as atividades do compromisso assistencial da USF Colina de Odivelas de modo a perceber como são desenvolvidos os programas da Direção-geral de Saúde (DGS) que dão resposta às necessidades de saúde da população e qual o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária neste processo.

Para isso ficam definidos os seguintes objetivos específicos:

- a) Analisar o Plano de Ação / Relatório de Atividades da USF Colina de Odivelas;
- b) Apreciar a estrutura orgânica, funcional, os seus recursos físicos e humanos para dar resposta às necessidades da população;
- c) Identificar os recursos de saúde, sociais e comunitários que a USF mobiliza para dar resposta às necessidades de saúde da população;
- d) Identificar as principais características da população inscrita, grupos de vulnerabilidade acrescida e os principais indicadores de saúde;
- e) Observar os circuitos dos utentes e a dinâmica de trabalho da equipa multidisciplinar de família;
- f) Identificar os programas da DGS e os projetos locais desenvolvidos pela USF, analisando as estratégias e os indicadores de avaliação;

- g) Identificar as consultas que dão resposta aos programas da DGS e outras que visem gerir a doença crónica, melhorar a literacia e promover a saúde da população;
- h) Analisar o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária nesta unidade funcional.

2.1 – Cronograma de atividades

Abril 2019

| | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|------------------------------|--|---|--|--|--|
| <i>Atividades planejadas</i> | <p>Apresentação à Sr.^a Enf.^a Coordenadora e restantes elementos da equipa multidisciplinar.</p> <p>Conhecimento do funcionamento da USF, do seu Plano de Ação /Relatório de Atividades e recursos.</p> <p>Visita guiada às instalações da USF Colina de Odivelas.</p> <p>Reunião com Sr.^a Enf.^a Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.</p> <p>Determinação dos Programas de Saúde a observar.</p> <p>Atualização sobre os Programas de Saúde Materna e Saúde da mulher e planeamento familiar.</p> | <p>Observação do Programa de Saúde Materna.</p> <p>Identificação das atividades de preparação e execução das consultas de enfermagem.</p> <p>Reconhecer os indicadores de monitorização utilizados.</p> <p>Observação do Programa de Saúde da mulher e planeamento familiar.</p> <p>Identificação das atividades de preparação e execução das consultas de enfermagem.</p> <p>Reconhecer os indicadores de monitorização utilizados.</p> <p>Atualização sobre os Programas de Saúde infantil e juvenil e Vacinação.</p> | <p>Observação do Programa de Saúde infantil e juvenil.</p> <p>Identificação das atividades de preparação e execução das consultas de enfermagem.</p> <p>Reconhecer os indicadores de monitorização utilizados.</p> <p>Observação do Programa de Vacinação</p> <p>Identificação das atividades.</p> <p>Reconhecer os indicadores de monitorização utilizados.</p> <p>Atualização sobre os Programas de Diabetes, Hipertensão e patologias crónicas.</p> | <p>Observação dos Programas de Diabetes, Hipertensão e patologias crónicas.</p> <p>Identificação das atividades de preparação e execução das consultas de enfermagem.</p> <p>Reconhecer os indicadores de monitorização utilizados.</p> | <p>Observação dos Programas da carteira adicional.</p> <p>Cuidado ao idoso.</p> <p>Doenças respiratórias e tabagismo.</p> <p>Doenças oncológicas.</p> <p>Atividade física e alimentação saudável.</p> |

REFERÊNCIAS

Conselho Geral da USF Colina de Odivelas. (2018). *Regulamento interno*. Acessível na Unidade de Saúde Familiar Colina de Odivelas, Ramada, Portugal.

Pisco, L. (2007). A reforma dos cuidados de saúde primários. *Cadernos de economia*, 80, 60-66.

Plano local de saúde Loures/Odivelas 2013-2016: extensão a 2020. (2017). Acedido em: 9/03/2019. Acedido em: 03/2019. Disponível em: <https://www.cm-loures.pt/media/pdf/PDF20170217145947637.pdf>

Regulamento n.º 428/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República II Série*, N.º 135 (16/07/2018) 19354 - 19359. Acedido em: 03/2019. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115698616/details/normal?l=1>

APÊNDICE XVII – Avaliação dos objetivos definidos para o estágio
de observação

ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO NUMA USF

Neste espaço procede-se à descrição das atividades realizadas para cada um dos objetivos delineados no projeto de estágio de observação na USF da periferia de Lisboa e à análise da sua contribuição para o desenvolvimento de competências na área de especialização em Enfermagem Comunitária.

Inicialmente foi elaborado um cronograma de atividades, que foi apresentado na reunião inicial com as enfermeiras Coordenadora da USF e Especialista em Enfermagem Comunitária. Houve necessidade de ajustar ao planeamento de trabalho semanal desta última, para a poder acompanhar.

Analisar o Plano de Ação / Relatório de Atividades da USF Colina de Odivelas

Na semana em que se realizou o estágio, a coordenação da unidade esteve em reunião para a contratualização dos Cuidados de Saúde Primários para 2019. Foi possível consultar o Plano de Ação / Relatório de Atividades de 2018.

A USF Colina de Odivelas teve o início da sua atividade em novembro de 2016, num edifício construído de raiz, que partilhou até dezembro de 2018 com a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Odivelas. Esta partilha de espaço provocou constrangimentos no seu desenvolvimento, o que se refletiu nos indicadores avaliados.

No plano de ação estão apresentados como problemas prioritários para a equipa multidisciplinar, a obesidade infantil e o tumor da mama na mulher. Estes problemas articulam-se com o Plano Local de Saúde Loures-Odivelas. Para o primeiro caso definiram atividades de educação para a saúde aos pais, de deteção precoce do problema e de articulação com o programa da Saúde Escolar do ACeS. Para o segundo caso definiram atividades de educação para a saúde para o autoexame da mama, de redução do tempo do encaminhamento dos casos suspeitos e de acompanhamento da mulher em todas as fases da doença.

Este último ponto fez-me refletir na importância que os Cuidados de Saúde Primários têm em garantir cuidados integrados aos utentes que estão em situação de doença, de forma a evitar fragmentação e descontinuidade dos mesmos.

A preocupação com a acessibilidade aos cuidados também está presente no plano de ação e os elementos da equipa de enfermagem verbalizaram as dificuldades que têm tido para desenvolverem as suas atividades, como a falta de gabinetes e de recursos humanos. Neste âmbito, a Enfermeira Coordenadora sugeriu a elaboração de um guia de acolhimento ao utente da USF, tendo-se feito um panfleto com o apoio da orientadora de estágio. Como foi desenvolvido apenas numa semana, ficou um esboço, para ser avaliado em reunião de equipa multidisciplinar. As primeiras apreciações foram positivas, pelo que fica um sentimento de se ter feito algo útil, para contribuir para a melhoria dos cuidados prestados pelos profissionais que me acolheram.

Apreciar a estrutura orgânica, funcional, os seus recursos físicos e humanos para dar resposta às necessidades da população

A USF Colina de Odivelas está integrada no ACeS Loures/Odivelas, na Unidade Funcional do Centro de Saúde de Odivelas e tem como área geográfica de influência a freguesia da Ramada. Tem o Hospital Beatriz Ângelo como hospital de referência. Funciona em instalações próprias, construídas de raiz, contíguas à USF da Ramada, com quem partilha a sala de espera dos utentes e a entrada do edifício.

À data do estágio encontravam-se em arrumações e organização do espaço, devido à saída da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Odivelas no final do ano. Para além dos gabinetes para os seis médicos que atualmente estão em atividade na USF, existe um gabinete para cada um dos programas desenvolvidos: vacinação; saúde infantil e juvenil; saúde materna; saúde da mulher e planeamento familiar; diabetes, hipertensão e patologias crónicas (estas duas últimas ainda não assumidas pela equipa de enfermagem) e duas salas para cuidados curativos.

Existe ainda uma farmácia/arrecadação onde se encontra o material de uso clínico, uma sala de reuniões, um vestíário e uma copa, partilhada por ambas as USF's. As visitas domiciliárias são realizadas com recurso a táxi, através de um contrato estabelecido entre a unidade e a empresa.

A equipa de enfermagem é composta por sete enfermeiros (sendo que um é enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, um em Enfermagem de Reabilitação, um em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e dois em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria), distribuídos em micro equipas com um médico e um assistente técnico. Um dos enfermeiros, à data do estágio, estava sem

médico, mas foi decidido em equipa que se manteriam os utentes até que houvesse substituição.

A preocupação verbalizada pela equipa multidisciplinar foi a falta de recursos humanos para a população inscrita na USF. Atualmente era necessário pelo menos mais dois médicos e um enfermeiro.

Mesmo com os constrangimentos presentes, foi notável o esforço desenvolvido pelos elementos de ambas as equipas para com o compromisso assistencial. À data do estágio a coordenação estava com as reuniões de contratualização dos Cuidados de Saúde Primários para 2019 e os restantes elementos foram informados de como estava o desempenho da unidade.

Um dos recursos específicos desta USF são as consultas de cessação tabágica, com um médico e o apoio do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Esta consulta está aberta a todos os utentes do ACeS. Foi interessante conhecer este projeto do ponto de vista das técnicas motivacionais para a mudança de comportamento, utilizadas no contexto das consultas individuais.

Identificar os recursos de saúde, sociais e comunitários, que a USF mobiliza para dar resposta às necessidades de saúde da população

Na unidade funcional do Centro de Saúde de Odivelas, a USF Colina de Odivelas pode recorrer às restantes unidades do ACeS, como a Unidade de Atendimento Complementar, a Unidade de Vacinação Internacional, a Unidade de Cuidados na Comunidade, com uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados de paliativos e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, onde existem cuidados de saúde oral, de psicologia, de terapia ocupacional e assistência social, para dar resposta às necessidades de saúde da sua população.

Na área geográfica da freguesia da Ramada, a USF usufrui de recursos comunitários que mobiliza, consoante as necessidades de saúde identificadas. Para além dos serviços e recursos da Câmara Municipal de Odivelas, que engloba centro de convívio, centro de dia, serviço de apoio domiciliário, lar de idosos e o Programa SOS Sénior – teleassistência, também recorrem ao Centro Comunitário Paroquial da Ramada, com infraestruturas de apoio a crianças e idosos, incluindo serviço de apoio domiciliário.

Para além destes, articulam-se ainda com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens e com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, em parceria com a Unidade de Cuidados na Comunidade.

Neste último caso, tive oportunidade de observar uma referenciação de um utente para a rede, no âmbito do descanso do cuidador. A solicitação tinha sido feita pela esposa cuidadora à assistente social e havia a necessidade do parecer da enfermagem. Pude acompanhar o processo, que se iniciou com uma visita domiciliária aos utentes, onde se procedeu a uma colheita de dados e avaliação do idoso, cujo diagnóstico era demência e apresentava défice cognitivo e dependência nas atividades de vida diárias. Esta avaliação faz parte das informações necessárias para a referenciação na plataforma da rede e pude perceber quão importante é o trabalho comunitário, o estar próximo das pessoas e de conhecer e atender às suas necessidades no seio do seu lar.

Identificar as principais características da população inscrita, grupos de vulnerabilidade acrescida e os principais indicadores de saúde

A população inscrita na unidade é de 15785, com um índice de dependência de cerca de 56%, em que 24% são jovens e 32% idosos.

Os grupos vulneráveis identificados pela equipa de enfermagem da USF para intervenção foram os idosos e as crianças em período de amamentação. Para os idosos a enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária está a desenvolver um projeto de intervenção para o Envelhecimento Ativo, com os objetivos de promover a alimentação saudável, a atividade física e reduzir o isolamento social. Para as crianças em período de amamentação está a ser criado o “cantinho da amamentação”, com o objetivo de promover a amamentação num espaço destinado a atividades de educação para a saúde individuais e de grupo.

O paradigma presente no plano de ação da USF demonstra a necessidade da abordagem da prevenção da saúde e avaliação de risco, ao contrário do paradigma patogénico. Com isto, fica evidente os esforços para desenvolver a promoção da saúde, que se pode traduzir na monitorização constante dos indicadores que traduzem atividades como o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação e o acompanhamento adequado das grávidas e crianças, por exemplo.

No caso da vacinação, uma das dificuldades que a equipa enfrenta tem sido a população flutuante de migrantes, pois as crianças iniciam o plano vacinal, mas não

o completam, porque os pais regressam aos países de origem. A enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária refere que tem sido um desafio, pela necessidade de os contactar, convocar e realizar visitas domiciliárias, que muitas vezes são infrutíferas.

Observar os circuitos dos utentes e a dinâmica de trabalho da equipa multidisciplinar de família

Durante a semana de estágio de observação foi possível acompanhar a enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária em todas as atividades planeadas para a sua micro equipa. A operacionalização de muitos dos programas da DGS é realizada em contexto de consulta de enfermagem, que precede a médica ou em momentos chave (como o rastreio precoce e a pesagem dos recém-nascidos) e outros determinados, consoante as necessidades de saúde identificadas. Através da centralização dos registos no S Clínico há a continuidade dos cuidados aos utentes, melhorando a sua qualidade. A figura do Enfermeiro de Família, a par com a do médico de família, torna realidade o cuidado holístico. Testemunhou-se o benefício disso nas consultas às grávidas, em que ficou visível a relação de confiança estabelecida entre utente e enfermeira, que se torna a referência para a procura de cuidados de saúde. As marcações das consultas ou atos de enfermagem são realizadas no secretariado clínico, sempre que possível, para o enfermeiro de família respetivo.

Identificar os programas da DGS e os projetos locais desenvolvidos pela USF, analisando as estratégias e os indicadores de avaliação

Identificar as consultas que dão resposta aos programas da DGS e outras que visem gerir a doença crónica, melhorar a literacia e promover a saúde da população

Os Programas de Saúde da DGS desenvolvidos na USF são a Saúde Materna, a Saúde Infantil e juvenil, a Vacinação, a Saúde da Mulher e Planeamento Familiar, a Saúde do Adulto e o Programa da Diabetes, Hipertensão e doenças cardiovasculares. Através das consultas de enfermagem, a operacionalização dos programas é potencializada, com atividades de educação para a saúde e vigilância da saúde. Foi possível observar todas estas atividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem e os respetivos registos no S Clínico, que demonstrou ser uma ferramenta tecnológica vital para a melhoria na prestação dos cuidados de saúde. Através deste Sistema de Informação em Enfermagem é possível obter os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Para além disso, e como referi anteriormente, pude acompanhar as visitas domiciliárias. À exceção da que foi realizada ao idoso para referenciação para a rede, as restantes foram de carácter curativo. No planeamento das visitas há a preocupação do enfermeiro de família dar continuidade aos cuidados, no entanto, todos os restantes elementos conhecem os utentes abrangidos e promovem reuniões para atualização da evolução das situações.

A monitorização de indicadores, como a taxa de utilização de consultas ou a proporção de utentes com vigilância adequada, no âmbito de qualquer um dos programas, pode ser feita através da plataforma dos Bilhetes de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários e foi uma das preocupações demonstrada pela enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária.

Um dos indicadores não atingidos pela USF e que está a merecer a atenção da enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária é o acompanhamento domiciliário das puérperas e recém-nascidos. O desenvolvimento da visita domiciliária para a promoção da saúde é um dos seus projetos em curso.

Os outros projetos locais já referidos são o projeto do envelhecimento ativo, o projeto para a promoção da amamentação e o da cessação tabágica.

Devido aos condicionantes acima referidos, os utentes hipertensos e com outras patologias crónicas ainda não são acompanhados pela equipa de enfermagem. A intenção é de que até ao final do ano ultrapassem as dificuldades e tenham mais recursos humanos para colmatar esta falha. É importante reconhecer a resiliência desta equipa, ao não baixarem os braços perante as adversidades.

Analisar o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária nesta unidade funcional

O contato direto com a comunidade permite ao enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária tornar-se um agente de mudança, promovendo a capacitação da população para o desenvolvimento de comportamentos saudáveis e o seu *empowerment*. Em contexto de consulta de enfermagem, onde os utentes procuram os cuidados de saúde, todas as intervenções de educação para a saúde podem promover este efeito. Para além disto, recorrendo aos cuidados de enfermagem através da visita domiciliária, a proximidade com a comunidade estreita-se ainda mais.

A transmissão de conhecimentos, o treino de competências e as estratégias para a mudança de comportamento são processos de capacitação individual ou familiar. Ao serem potencializados pelas competências de um enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, que adapta os cuidados às reais necessidades da sua comunidade, permitem um cuidado mais individualizado e eficaz à comunidade.

Durante esta semana de estágio foi possível perceber isto de forma real. A visão de comunidade da especialista está a permitir que nesta USF se desenvolvam projetos, através do processo de Planeamento em Saúde, e que se organize a visita domiciliária para a promoção da saúde. A preocupação em conhecer as necessidades de saúde da população servida por esta USF vai trazer ganhos em saúde para a mesma e o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária é inegável.

APÊNDICE XVIII – Guia de acolhimento ao utente da USF

Missão

Garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita, que pertence à área geográfica de Odivelas, garantindo a acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade dos mesmos.



A USF Colina de Odivelas é constituída por 7 médicos, 7 enfermeiros e 5 assistentes técnicos.



Horário de Funcionamento

8H às 20H



Morada

Praça 25 de Agosto
2620-488 Ramada



Contatos

219346173/86

E-mail: usf.colina@arslvt.min-saude.pt



Alternativas Assistenciais

Unidade de Atendimento Complementar

(Rua Henriques dos Santos, Póvoa de Santo Adrião -
A partir das 20h até às 22h, de 2ª a 6ª feira / 10h às
20h sábados, domingos e feriados)

Hospital Beatriz Ângelo

(Avenida Carlos Teixeira 514, Loures)



SNS 24 CENTRO DE CONTACTO
808 24 24 24



Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.

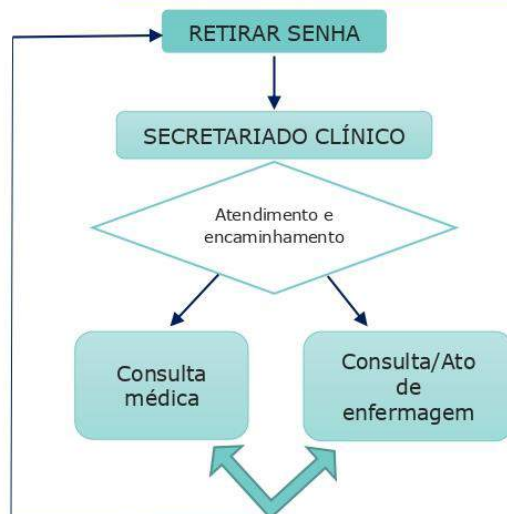


Guia de acolhimento ao utente





Circuito de atendimento



Marcações

Pode agendar consultas médicas presencialmente, através do telefone ou no Portal da Saúde.

Atendimento médico no próprio dia
Em situação de doença súbita, marcação mediante disponibilidade de agenda e/ou decisão médica.

Dentista
Através de encaminhamento do médico de família e mediante disponibilidade de agenda.

Secretariado Clínico

- Atendimento e encaminhamento dos utentes;
- Gestão do sistema de renovações de prescrições (Receituário Crónico, para medicamentos que constam do processo clínico);
- Marcação de consultas médicas e de enfermagem;
- Informação e orientação dos utentes para outros serviços e prestadores do Serviço Nacional de Saúde.



Faça-se acompanhar sempre pelos seguintes documentos

- Cartão do cidadão ou outro documento de identificação;
- Boletim de Vacinação;
- Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Materna e Planeamento Familiar, consoante a sua situação;
- Exames médicos.

Colabore com o bom funcionamento

Cumpra os horários das marcações efetuadas.

As consultas Médicas e/ou de Enfermagem devem ser confirmadas no Secretariado Clínico 30 minutos antes da hora marcada.

Informe com antecedência quando não puder comparecer às consultas agendadas.



Cuidados Prestados

Consultas de Medicina Geral e Familiar

- Saúde do adulto;
- Saúde infantil e juvenil;
- Planeamento familiar;
- Saúde materna;
- Diabetes;
- Doenças cardiovasculares;
- Rastreio oncológico;
- Consulta domiciliária.

Consultas e Atendimentos de Enfermagem

- Saúde infantil e juvenil;
- Rastreio precoce;
- Planeamento familiar;
- Saúde materna;
- Diabetes;
- Doenças cardiovasculares;
- Vacinação;
- Cuidados domiciliários;
- Tratamentos (pensos, injeções).



Vacinação e tratamentos devem ser marcados previamente. São realizados de 2ª a 6ª feira, das 8h às 18h.

Outras Consultas

- Consulta de Cessação Tabágica;
- Consulta de Saúde Oral (dentista).